

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**MÜZİK TERAPİNİN CERRAHİ UYGULANAN 6-12 YAŞ
ARASI ÇOCUKLARDA ANKSİYETE, KORKU VE AĞRI
YÖNETİMİNE ETKİSİ**

Özgür BAHADIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ

ZONGULDAK

2016

T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**MÜZİK TERAPİNİN CERRAHİ UYGULANAN 6-12 YAŞ
ARASI ÇOCUKLARDA ANKSİYETE, KORKU VE AĞRI
YÖNETİMİNE ETKİSİ**

Özgür BAHADIR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ

ZONGULDAK

2016

KABUL VE ONAY

“MÜZİK TERAPİNİN CERRAHİ UYGULANAN 6-12 YAŞ ARASI ÇOCUKLARDA ANKSİYETE, KORKU VE AĞRI YÖNETİMİNE ETKİSİ” başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

07.10.2016

Başkan: Doç.Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ



Üye: Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZTÜRK



Üye: Yrd. Doç. Dr. Tülay KUZLU AYYILDIZ



ONAY: Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Tarih: 07. 10. 2016

Doç. Dr. Mustafa Murat KOÇAK

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü



ÖNSÖZ

Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda sürdürdüğüm yüksek lisans eğitimim süresince hiçbir konuda desteğini esirgemeyen ve beni teşvik edip yönlendiren sayın hocalarıma, başta tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Meltem KÜRTÜNCÜ' ye, tezimi hazırlarken yardımlarını hiç esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Füzuan KÖKTÜRK' e, çalışmama katılmayı kabul eden tüm çocuk ve ailelerine, yüksek lisans eğitimim ve tez sürecim boyunca hep yanımda olan ve özverili davranan eşim Sinan BAHADIR' a ve tezimi bitirmemi sabırla bekleyen oğlum Mehmet Çağatay BAHADIR' a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Özgür BAHADIR

Ekim 2016, ZONGULDAK

ÖZET

Özgür Bahadır, Müzik Terapinin Cerrahi Uygulanan 6-12 Yaş Arası Çocuklarda Anksiyete, Korku ve Ağrı Yönetimine Etkisi, Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2016.

Araştırma; yarı deneysel olarak planlanıp, müzik terapinin cerrahi uygulanan çocuklarda anksiyete, korku ve ağrı yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

Araştırma 01.01.2016 – 19.08.2016 tarihleri arasında, BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yürütüldü. Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında B.E.Ü. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne operasyon amaçlı başvuran 6-12 yaş arası çocuklar oluşturdu.

Çocuklara cerrahi uygulanan kliniklerde yarı deneysel yapılan bu çalışmada, vaka grubu (ameliyat öncesinde müzik terapi yöntemi uygulanan çocuklar) ve kontrol grubu (ameliyat öncesinde servis rutinleri ve sadece ölçeklerin uygulandığı çocuklar) olmak üzere iki grup belirlenmiş ve her bir grupta en az 30 çocuk olmak üzere toplamda 60 çocuk ile çalışma yürütüldü.

Hastanede yatan çocuklar ile çalışmaya başlamadan önce ailelerinden gerekli izinler alındı. Verilerin toplanmasında “Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ)”, “Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği”, Davranış Ağrı Değerlendirme Ölçeği (FLACC) ve Görsel Ağrı Skalasını (VAS) ile “Katılımcı Bilgi Formu” kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Veriler tablolarda sayı ve yüzdelerle belirtildi. Ortalamalar \pm standart sapmaları ile verildi.

Araştırmaya alınan çocuklar karşılaştırıldığında; vaka ve kontrol grupları arasında sosyo-demografik açıdan aralarında istatistiksel açıdan anlamlı fark olmayan birbirine benzer gruplar olduğu görüldü.

Vaka grubundaki hastalarda; ameliyattan servise döndükten sonra ve taburcu olmadan 30 dk önce tıbbi işlemler ile ilgili genel korku düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu ($p<0.05$). Ameliyat öncesi, ameliyat günü, ameliyattan

sonra derlenme odasında tıbbi işlemler ile ilgili genel korku düzeyleri açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Vaka grubundaki hastalarda ameliyat öncesi, ameliyat günü ve taburcu olmadan 30 dk önce ÇADİ Toplam AD düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0.05$). Ameliyattan sonra derlenme odasında, Ameliyattan servise döndükten sonra ÇADİ Toplam AD (Anksiyete Duyarlılık) düzeyleri açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Vaka grubundaki hastalarda ameliyattan sonra derlenme odasında VAS düzeyleri, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). Ameliyattan servise döndükten sonra, taburcu olmadan 30 dk. önce VAS bulguları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Araştırmanın sonucunda; müzik terapi uygulanan deney grubundaki çocukların anksiyete, korku ve ağrı ölçeklerinden aldıkları puan ortalamalarının, kontrol grubundaki çocuklara göre daha düşük olduğu, bu durumun çocukların ve ebeveynlerin memnuniyetini arttırabileceği gözlemlendi. Bu doğrultuda müzik terapi preoperatif anksiyet, korku ve postoperatif ağrıyı azaltmada etkili bir yöntem olarak kliniklerde kullanılabileceği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Cerrahi İşlem, Anksiyete, Korku, Ağrı, Müzik terapi.

ABSTRACT

Özgür BAHADIR, The Effect of Music Therapy on Anxiety, Fear and Pain Management in 6-12 Year Old Children Undergoing Surgery, Bülent Ecevit University, Graduate School of Health Sciences, Department of Pediatrics Nursing, Master's Thesis, Zonguldak, 2016.

The study was designed as quasi-experimental and conducted to determine the effect of music therapy on anxiety, fear and pain management in 6-12 year old children undergoing surgery.

The present study was carried out between 01.01.2016 and 19.08.2016 in BEU Application and Research Center. The children aged 6 -12 who applied for surgery between the mentioned dates constituted the universe of the study.

In the quasi-experimental study that was conducted in the clinics where children received operational treatment, two groups were formed: experimental group (the children who received musical therapy before the surgery) and control group (the children who were administered surveys and the surgery service routines only). Each group consisted of 30 children and the participants of the study were 60 children in total.

Necessary permissions were obtained from the parents of the children hospitalized before the beginning of the implementation. The data was collected through Child Anxiety Sensitivity Index (CASI), "Fear In Medical Treatment Scale", Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale (FLACC), Visual Analog Scale (VAS) and Participant Information Form. In the analysis of the data, Kolmogorov-Smirnov distribution scale was used to examine the normality of the distribution along with descriptive statistics methods (Frequency, Percentage, Mean, Standard Deviation). Data was presented in the tables in numbers and percentages. Means were demonstrated along with the standard deviations.

The research compared children received; case and control groups include socio-demographic perspective, non-significant difference statistically among similar groups are intertwined.

General level of fear regarding the medical processes before returning to service after the operation and 30 minutes before getting discharged was found to be

significantly low in experimental group compared to control group ($p < 0.05$). No statistically significant difference was found between experimental and control groups in terms of general level of fear regarding the medical processes before the operation, during the operation day and in the recovery room after the operation ($p > 0.05$).

Total CASI AD (anxiety sensitivity) levels before the operation, day of the operation and 30 minutes before the discharge for patients in experimental group was found to be significantly higher than the control group ($p > 0.05$). There was no statistically significant difference between the experimental and control groups in the total CASI AD levels for the post-operative recovery room and for returning to the service room after the operation ($p > 0.05$).

VAS levels for patients in the experimental group in the post-operative recovery room was significantly higher than the control group ($p > 0.05$). There was no statistically significant difference between the groups in terms of VAS findings in returning to service room after the operation and in 30 minutes before the discharge ($p > 0.05$).

As a result of the research; applied children music therapy in the experimental group anxiety, fear, and pain of the scales, their scores average, is lower than the control group children in this situation an increase in the satisfaction of children and parents was observed. In line with this, music therapy preoperative anxiety, fear, and can be used as an effective method of decreasing postoperative pain clinics is suggested.

KEY WORDS: Children, Operative process, Anxiety, Fear, Pain, Music Therapy

II. İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ KABUL VE ONAY.....	iii
ÖNSÖZ.....	iv
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xii
ŞEKİL DİZİNİ	xiii
TABLO DİZİNİ.....	xvi
1.GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Çocuk ve Hastalık.....	5
2.1.1. Çocuk ve Hastalık Kavramı	5
2.1.2. Hastaneye Yatma	6
2.1.3. 6-12 Yaş Dönemi Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatmaya Tepkileri	6
2.1.4.Cerrahi Girişim ve Çocuk.....	7
2.1.5.Çocuklarda Yaş Dönemi Özelliklerine Göre Cerrahi İşleme Hazırlık.....	8
2.2. Anksiyete ve Korku	9
2.2.1. Anksiyete ve Korku Kavramı.....	9
2.2.2. Preoperatif Anksiyete	10
2.3. Çocuk ve Ağrı.....	11
2.3.1. Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi.....	11
2.3.2. Ağrı Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı.....	12
2.3.3. Çocuklarda Ağrı Kontrolü.....	14

2.3.6. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü.....	15
2.3.7. Ağrının Non- Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü	15
2.4. Müzik Terapi.....	17
2.4.1. Müziğin Tanımı.....	17
2.4.2. Müzik Terapi.....	18
2.4.3. Müzik Terapinin Tarihçesi.....	18
2.4.4. Çocuklar İçin Müzik Terapi.....	19
2.4.5. Müzik Terapi ve Anksiyete.....	20
2.5. Anksiyete, Korku ve Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü.....	20
2.5.1. Nonfarmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Şekli	22
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	22
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	23
3.5. Veri Toplama Araç ve Gereçleri.....	23
3.6. Verilerin Toplanması	26
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	28
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	28
4. BULGULAR	29
4.1. Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	29
4.2: Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	31
4.3: Çocukların Hastane ve Ameliyat Deneyimlerine İlişkin Bulgular.....	32
4.4: Çocukların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Tıbbi İşleme Bağlı Korku Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	33

4.5: Çocukların Ameliyat Öncesi ve Sonrası ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	43
4.6: Çocukların Ameliyat Sonrası Ağrı Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	50
4.7: Ölçeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırma Bulguları.....	54
5. TARTIŞMA	80
6. SONUÇ	92
7. KAYNAKLAR	95
8. EKLER.....	105
EK-1. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	105
EK-2. Katılımcı Bilgi Formu.....	106
EK-3. Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ).....	107
EK-4. Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği.....	108
EK-5. VAS (Vizüel Analog Skala) Ağrı Ölçeği.....	109
EK-6. FLACC (Davranış Ağrı Değerlendirme Ölçeği) Ağrı Ölçeği.....	110
EK-7. Etik Kurul İzin Yazısı	111
EK-8. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	112
EK-9 Resmi Kurum İzin Yazısı	113
9. ÖZGEÇMİŞ.....	114

IV. KISALTMALAR DİZİNİ

ABD Anabilim Dalı

AD Anksiyete Duyarlılık

BEÜ Bülent Ecevit Üniversitesi

ÇADİ Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi

DSÖ-WHO Dünya Sağlık Örgütü

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale) Davranış Ağrı Değerlendirme Ölçeği

IASP Uluslararası Taksonomi Komitesi -Uluslararası Ağrı Araştırmaları Örgütü

KBB Kulak Burun Boğaz

VAS (Vizüel Analog Skala) Görsel Ağrı Ölçeği

V. ŞEKİL DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
1. Ağrı Ölçekleri.....	12
2. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi İşlemsel Korku Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	34
3. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi Çevresel Korku Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	35
4. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi Kişisel Korku Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	36
5. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi Kişilerarası Korku Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	37
6. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi Tıbbi İşlemler İle İlgili Genel Korku Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları	38
7. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Sosyal AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	44
8. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Bilişsel AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	45
9. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Fiziksel AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	46
10. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Toplam AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	47
11. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası FLACC Ağrı Ölçeği Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	51
12. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası VAS Ağrı Ölçeği Gruplara Göre Puan Dağılımları.....	52

VI. TABLO DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
1. Gelişim Dönemlerine Göre Etkili Dikkati Başka Yöne Çekme Yöntemleri.....	17
2. Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	29
3.Çocukların Tanı ve Operasyon Bulguları Dağılımı.....	30
4. Ebeveynlerin Sosyo- Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	31
5. Hastane Deneyimi Bulguları Dağılımı.....	32
6. Ameliyat Deneyimi Bulguları Dağılımı.....	32
7. Çocukların Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
8. Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Tüm Grup Puan Ortalamalarının Zamana Göre Dağılımı.....	39
9. Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği Alt Boyut Korku Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması	41
10. Çocukların ÇADİ Puan Ortalamalarının Dağılımı	43
11. ÇADİ Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Tüm Grup Puan Ortalamalarının Zamana Göre Dağılımı.....	48
12. ÇADİ Ölçeği Alt Boyut Korku Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması	49
13. Çocukların Ağrı Ölçekleri (FLACC ve VAS) Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
14. FLACC ve VAS Ağrı Ölçeği Tüm Grup Puan Ortalamalarının Zamana Göre Dağılımı.....	53
15. FLACC ve VAS Ağrı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması	53
16. Çocukların Yaş Ortalamaları İle Ameliyat Sonrası ve Ameliyat Öncesi Tıbbi İşlem Korku Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	54

17. Çocukların Cinsiyetleri İle Ameliyat Sonrası ve Ameliyat Öncesi Tıbbi İşlem Korku Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	55
18. Çocukların Yaş Ortalamaları ile ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	56
19. Çocukların Ameliyat Sayısı ile ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	58
20. Çocukların Hastane Deneyimi İle Tıbbi İşlem Korku Puan Ortalamaları ve ÇADİ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	59
21. Ailenin Hastane Deneyimi İle Tıbbi İşlem Korku Puan Ortalamaları ve ÇADİ Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	61
22. ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	62
23. Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (VAS ve FLACC) Cinsiyete Göre Dağılımı.....	65
24. Tıbbi İşlem Korku Toplam Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (FLACC) Dağılımı.....	66
25. Tıbbi İşlem Korku Toplam Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (VAS) Dağılımı.....	67
26. ÇADİ Ölçek Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (FLACC) Dağılımı.....	67
27. ÇADİ Ölçek Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (VAS) Dağılımı.....	68
28. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 1. ölçüme göre karşılaştırılması.....	69
29. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 2. ölçüme göre karşılaştırılması.....	71
30. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 3. ölçüme göre karşılaştırılması.....	73

- 31.** Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 4. ölçüme göre karşılaştırılması.....75
- 32.** Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 5. ölçüme göre karşılaştırılması.....77



1. GİRİŞ

Bireylerin yaşamlarını mutlu olarak sürdürebilmelerinde en önemli etken sağlıklı olma durumlarıdır. Hasta olmak ve hastaneye yatmak çocuk ve ailesinin yaşamını birçok yönden etkiler, kaygı ve endişelerini artırır. Ameliyat öncesi dönem çocuklar için oldukça stresli bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar sıklıkla korku, kızgınlık, anksiyete ve suçluluk duyguları yaşarlar. Korkular içinde yer alan yaralanma ve tıbbi işlem korkuları çocukların sağlık uygulamalarına katılımını azaltıp, hastalık durumunda sağlık hizmeti almasını engelleyebilmekte ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Çocuğun yaşı, hastalığın niteliği, hastanede geçirilecek süre ve yapılacak ameliyatın tipi çocuğun endişe düzeyini belirleyen durumlardır (1,2,3,4).

Anksiyete; benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumudur. Hafif düzeyde anksiyete spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırırken, düzeyi yükseldikçe bireyin algılama kavrama ve karar verme yeteneği azalmaktadır. Ailelerin şiddetli anksiyete yaşamaları, çocuk hakkındaki açıklamaları doğru olarak anlamalarını, olayları gerçekçi olarak yorumlamalarını, uygun kararlar vermelerini, çocuğun bakımına katılmalarını ve uygun baş etme yöntemlerini kullanmalarını engelleyebilir (1,5).

Ameliyat, hasta için sadece fizyolojik bir stres kaynağı olmayıp aynı zamanda güçlü bir psikolojik stres kaynağıdır. Bu nedenle hastanın ameliyat öncesi psikolojik hazırlığı, fizyolojik hazırlığı kadar önemlidir (6,7).

Postoperatif dönemde hastanın iyi bir konumda olabilmesi; fiziksel ve emosyonel olarak ameliyata iyi hazırlanması, anestezi ve cerrahinin güvenilir olması, fiziksel ve emosyonel travmanın minimal olması ve hastanın mümkün olduğunca kısa süre içerisinde iyileşerek normal hayatına geri dönebilecek şartlarda bulunması ile mümkündür (www.gata.edu.tr, erişim tarihi:28.07.15).

Çocukluk döneminde cerrahi sonrası en sık rastlanan yakınma ağrıdır. Çocukların 4/5'inde minör cerrahi sonrası bile analjezik gereksinimi olur ve büyük cerrahiler sonrasında ağrı haftalarca devam edebilir. Cerrahi sırasında ve sonrasında şiddetli ağrı çocuklarda uzun etkili davranış bozukluklarına neden olabilir (8,9,10,11).

Ağrı; acil dikkat gerektiren, hastayı bunaltan, davranış ve düşüncesini bozan, bir yandan da hastayı ağrıyı durdurmayı amaçlayan aktivitelerin yapılmasına sevk

eden, somatik reflekslere ve otonomik değişikliklere neden olan karmaşık algılamalar ile ilgili bir deneyimdir (11,12).

Ağrılı çocuğun değerlendirmesi önce gözlemlerle başlar. Ağrının değerlendirilmesi kognitif, duyuşsal, davranışsal, sosyokültürel ve çevre faktörlerini içerir. Değerlendirme çocuğun gelişimine, genel durumuna, operasyonun cinsine ve ağrılı tanıma düzeyine göre yapılmalıdır (13,14,15). Ağrılı azaltıcı davranışlar, kullanılan ilaçlar, çocuğun aktivitesinde artış ve azalma, yatıp yatmadığı bunun yanı sıra yüz ifadesi, sinirlilik, inleme, iç çekme gibi sesle verilen bilgiler; duruşu, topallama ya da yürüyüş bozukluğu, etkilenen bölgeyi ovuşturma ya da destekleme, sık sık şekil değiştirme ya da aynı pozisyonda sürekli kalma gibi özelliklerine bakılması gerekir (16,17,18).

Ağrı değerlendirilmesi çocuk ve ailesinden alınan bilgilere göre yapılmalıdır. Çünkü ağrılı değerlendirirken amacımız, doğru ve etkin tedaviye ulaşmaktır (19). Üç yaşından daha büyük çocuklar ağrının lokalizasyonu, şiddeti ve niteliği hakkında kendi gelişim durumlarına göre kelimelerle bilgi verebilirler. Ancak daha küçük yaşta kişiler ve mental geriliği olanlar ağrı konusunda bilgi veremeyebilir. Bu durumda kısa keskin ağrı oluşturan girişimlerin değerlendirilmesinde kullanılan davranışsal fizyolojik parametrelere dayanan ölçümler bulunmaktadır. Yüz görünümü, vücut pozisyonu, hareketlilik, ağlama, uyku düzenindeki değişiklikler, cilt rengi gibi birçok farklı davranış özelliği ve fizyolojik değişiklikler çocuğun ağrı çekmekte olduğu konusunda uyarıcı olabilir (10,13,14,15).

Çocuklarda ağrılı kontrol etmek için birçok farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanmaktadır. Dikkati başka yöne çekmeyi içeren bilişsel-davranışsal nonfarmakolojik yöntemler akut pediatrik ağrı yönetiminde deneysel olarak desteklenmiştir (16). Dikkati başka yöne çekme, dikkati ağrılı uyarandan başka yöne odaklayarak ağrı toleransını artıran bir yöntemdir. Bu yöntem, çocukların ağrısında güçlü bir anksiyete ve ağrı yönetim aracı olarak kullanılmaktadır (14,17,20).

Pediatrik akut ağrılılarla ilgili yapılan çeşitli çalışmalarda; filmler, parti körukleri, işlem dışı konuşma, interaktif robotlar, sanal gerçeklik gözlükleri, kaleidoskop, baloncuk püskürtme, kısa hikayeler ve müzik gibi birçok dikkati başka yöne çekme yöntemi değerlendirilmiştir (13,20,21,22).

Ağrı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerden biri de müziktir.

Müzik, derin düzeyde relaksasyon oluşturma yeteneğine sahiptir. Müzik tüm insanların kültürlerinde önemli bir rol oynamaktadır. Bunun yanı sıra, müzik fizyolojik ve klinik semptomlar üzerinde doğrudan ve dolaylı etkilere sahiptir. Dikkatle seçilmiş müzikle hastanın stresi azaltılıp, konfor ve rahatı artırılabilir; hasta bu şekilde oyalanmak suretiyle ağrı hissinden uzaklaştırılabilir (21,23).

Müzikle tedavi, ruhsal ve bedensel sorunları olan çocukların ve yetişkinlerin psikiyatrik durumlarını belirlemede yol gösterici bir iletişim yöntemidir. Diğer yandan müzikle tedavi, toplumdaki sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, bireylere güven duygusunun kazandırılması ve bedensel sorunları olan bireylerin fiziksel egzersizleri kolaylıkla gerçekleştirebilmeleri açısından önem taşımaktadır (23,24,25,26).

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırma,müzik terapisinin cerrahi uygulanan 6-12 yaş arası çocuklarda anksiyete, korku ve ağrı yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Problem Cümlesi

Müzik terapisinin cerrahi uygulanan 6-12 yaş arası çocuklarda anksiyete, korku ve ağrı yönetimine etkisi var mıdır?

Alt Problemler

- 6-12 yaş arasındaki çocukların cerrahi uygulamalara bağlı gelişen anksiyete, korku ve postoperatif ağrı yönetiminde müzik terapi yöntemi etkili midir?
- 6-12 yaş arasındaki çocukların cerrahi uygulamalara bağlı gelişen anksiyete, korku ve postoperatif ağrı düzeyinde yaşlar arasında bir farklılık var mıdır?
- 6-12 yaş arasındaki çocukların cerrahi uygulamalara bağlı gelişen anksiyete, korku ve postoperatif ağrı düzeyinde cinsiyetler arasında bir farklılık var mıdır?
- 6-12 yaş arasındaki çocukların cerrahi uygulamalara bağlı gelişen anksiyete, korku ve postoperatif ağrı düzeyinde sosyo-demografik özelliklere göre bir farklılık var mıdır?

Sınırlılıklar

- Çalışma grubunu B.E.Ü. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yatan 6-12 yaş arasındaki cerrahi işlem uygulanan 30'u vaka, 30'u kontrol olmak üzere 60 çocuğun oluşturdu.
- Çocuklara uygulanan anket ve müzik terapi uygulaması, çocukların ameliyat olmadan önceki 24 saat ile hastaneden taburcu olmalarından önceki 2 saat arasında kalan dönem içerisindeki değerlendirmelerle sınırlıdır.
- Bu çalışma için çocukların ailelerinden izin alınmış, izin veren ailelerin çocukları ile çalışma gerçekleştirildi.
- Çalışma grubuna dahil edilen çocukların isimleri kişilik haklarının korunması amacı ile tez çalışmasında belirtilmedi.
- Çalışma sonucunda elde edilen verilerden yapılan değerlendirmeler araştırmacının yorumuyla sınırlıdır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Çocuk ve Hastalık

2.1.1. Çocuk ve Hastalık Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) tanımına göre “sağlık, yalnızca hastalığın olmayışı değil, fiziksel, mental ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halinde bulunmaktır”. Fiziksel, mental ve sosyal tam bir iyilik halinin yokluğu ise hastalıktır. Hastalık, normal fizyolojik ya da ruhsal yapıyı, işlevi, dengeyi değiştiren ya da engelleyen ve çeşitli belirtilerle ortaya çıkan bozukluktur (WHO,1948).

Çocukların hastalığa özgü tepkileri, o hastalığın nitelik ve şiddetine, içinde bulunduğu gelişimsel döneme göre farklılıklar göstermektedir. Çocuğun hastalığa ve tedaviye uyumunun arttırılması, gelişimsel dönemlerin bilinmesini gerektirir. Etkili destek ve yardım, sadece çocuğun duygularının anlaşılması değil, aynı zamanda hasta olma ile ilgili inanışlarının anlaşılması ile verilebilir. Ortalama olarak hastalığın nedenini anlama kapasitesinin gelişmesi, genel nedenselliği anlama kapasitesinin gelişmesinden de daha geç olmaktadır. Çocukların daha önceki deneyimleri, hastalığı anlamalarında etkili olur. Daha önceki deneyimlerin bazıları hastalığı anlamalarına yardımcı olurken, bazı olumsuz deneyimler kaygıyı artırıp hastalığı anlamalarını engelleyebilir (2,6,9,27,28). Yapılan çalışmalarda; çocukların yaş dönemine göre, hastalık kavramından ne anladığını belirleyebilecek bilişsel ve gelişimsel özellikleri tanımlanmıştır. Bu çalışmalar, Piaget'nin bilişsel gelişim kuramındaki nedensel anlamının gelişmesi açıklamaları ile paralel olduğunu göstermiştir (1,3,29). Piaget, hastalık stresinin bilişsel performansı düşürdüğünü belirtmiştir. Ayrıca daha sonraki araştırmacılar, bu bilişsel gelişim dönemlerinin her çocukta sabit olmayıp, yaştan bağımsız başka etkenlerin de rol oynadığını belirterek çocuktan çocuca gelişim farklılıkları olduğunu desteklemişlerdir (1,3,29).

Son araştırma sonuçlarına göre çocuklar anne-babalarının söylediklerinden çok, ne tepki verdiklerinden ve ne yaptıklarından öğrendikleri görülmüştür. Anne-babanın yüksek eğitim düzeyine sahip olmasının hastalık kavramının gelişiminde olumlu etkisi olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde çevrenin de hastalık kavramının gelişiminde etkisi olduğu bulunmuştur (3).

2.1.2.Hastaneye Yatma

Çocuk için hastalık durumunun ve buna bağlı olarak hastaneye yatmanın onu korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içerdiği düşünülmektedir (2,6,9,30,31). Her yaştaki çocuk için hastalıkların bir travma olduğu bilinmektedir ve hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde çeşitli olumsuz etkileri bulunmaktadır (2,9,30,31,32).

Hasta ve özellikle hastanede yatması gereken çocukların aileden ve evden ayrılma özellikle küçük yaş grubundaki çocukların annelerinden ayrılmaları, ayrılık kaygısını artırabilir (31,32,33). Bu çocuklar sevgi yoksunluğu içinde bulunabilirler, fiziksel yönden zarar görme, ameliyat olma, ailesinden, arkadaşlarından ve alışık olduğu ortamdaki ayrılma, bilinmeyen yeni ve yabancı kişiler, rahatsız edici işlemler, kontrol kaybı nedeniyle değişik derecelerde kaygı yaşayabilirler (34,35). Buldukları gelişim düzeyinden daha öncesine de gerileyebilirler. Ortaya çıkan bu stres çocuğun gelişme düzeyi, davranışsal değişiklikleri, somatik yakınmaları ve uzayan hastanede kalış dönemi tarafından etkilenir, kendilerini güçsüz ve çaresiz hissetmelerine neden olur. Aşırı stresin iyileşmeyi geciktirdiği, stresi azaltmaya yönelik girişimlerin ise hastanede kalma süresini ve ilaç kullanımını azalttığı bilinmektedir (34).

Hastanede kalışa bağlı olarak ortaya çıkacak ruhsal belirtiler çok çeşitlik gösterir. Çocuğun yaşına, kişiliğine, eski örselenmelerine, anne ve babanın desteğine ve hastane içindeki yaşantısına göre değişir. Davranış bozuklukları, korkular, hırçınlıklar, uyku bozuklukları, karabasanlar ortaya çıkabilir. Çoğu zaman geçici olan bu bozukluklar, yatış uzadıkça sürekli uyumsuzluklara yol açabilmektedir (32,33,35,36). Hastaneye yatırılan bir aylık ve 16 yaş arasındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada sıklıkla genel apati hali, otoriteye karşı agresyon, uyku ve yeme alışkanlıklarında değişiklik, geçici olarak tırnak yeme, enürezis, enkomprezis ve emzik kullanma tespit edilmiştir (30).

2.1.3. 6-12 Yaş Dönemi Çocukların Hastalık ve Hastaneye Yatmaya Tepkileri

Okul çağı dönemi (6-12 yaş), düzenli fiziksel büyüme, nöromusküler gelişme, bilişsel ve sosyal becerilerin hızlı gelişmesiyle özelleşen bir dönemdir (34,37,38). Bu yaşlarda çocuk; nesnelere, düşünceler ve semboller üzerinde çeşitli işlemler yapabilir. Sayı, ağırlık, uzunluk, zaman ve hız kavramları gelişir. Toplama ve çıkarma işlemi yapabilir. Bu yaş çocuğu diğer çocuklarla arkadaşlık kurarak, oyun gruplarında yerini

almayı ve grup içinde çalışmayı öğrenir. Kendi yaşlıları ve kendi cinsinden arkadaşlar seçer. Birçok işi düzenler ve o işleri yönetebilir. Çeşitli yöntemler geliştirebilir. Her yaptığı iş bir sistem içerisindedir ve bu sistem birbirine uygundur. Sözlü anlatımı, yazmayı ve okumayı öğrenir. Toplumsal ve ahlaki kuralları öğrenir. Bu dönemde çocuk cinsel konulara az da olsa açıkça ilgi gösterir. İleride ailesinden ayrı olarak, yaşamında, kendine gerekli olan çeşitli becerilerini geliştirmeye çalışır. Bağımsız yaşama düzenine alışır. Bununla beraber çocuğun ailesinden bağımsız olarak kararlar alması, ailesi tarafından uygun görülmez ve ailede disiplin sorunu ortaya çıkabilir (31,39).

Okul çocuğu, hastaneye yatma ve ebeveynlerinden ayrılma ile küçük çocuklara göre daha kolay baş edebilir. Çocuk, ailesinden çok arkadaşlarını ve sosyal aktivitelerini özler. Aynı zamanda ebeveynlerinin yanında olmasını ister. Fakat bağımlı görünmekten korktuğu için ebeveynlerini yanında istemek onu rahatsız eder. Çocuk, hastalığından dolayı bağımlı olma haline, birçok faaliyetlerinden yoksun olmasına, endişelerle dolu bir yeni yaşantıya tepki gösterir (31,39). Hastalık ve hastaneye yatma, çocuğu arkadaşlarından ayırır ve sosyal aktivitelere ilişkin korkularını artırır (5,9,30,32,39).

Hastaneye yatma, okul çağı çocukları için kaygı verici bir deneyimdir. Birçok araştırmalarda hastaneye yatan okul çağı çocuklarında; ağrı, hareketsizlik, aileden ayrılma ve kontrol kaybı nedeniyle kaygı durumu olduğu belirtilmiştir (32,35,40).

2.1.4. Cerrahi Girişim ve Çocuk

Cerrahi girişim genel anlamda, fizyolojik sürecin mümkün olduğunca korunarak hastalık, yaralanma ve deformiteler ile meydana gelen işlevsizlikleri normal fizyolojiye yakın hale getirmeye yönelik tedavi yöntemidir (30,34,41).

Hastaneye yatmanın yanı sıra çocuğun hastanede maruz kaldığı cerrahi işlemlerin biyolojik, ruhsal, sosyal, çevresel, ailesel, psikososyal etkileri olduğu belirtilmektedir (2,30). Okul çocuğu, vücuda bazı aletler sokularak yapılan işlemlerden, vücut fonksiyonlarını kaybetmekten, ameliyat olmaktan ve ölümden korkar. Bilinmeyenden korkma ve kendini kontrol duygusunun tehdit altında olması, okul çocuğunun hastaneye ilişkin korkularını oluşturur (2,9,30).

Hasta çocuklar uzun süreli hastalıklara ve hastalıklarının tedavisi sırasında karşılaşılabilecekleri cerrahi işlemlere olan tepkilerini çeşitli biçimlerde gösterirler. Özellikle de cerrahi işlemin tekrarı gerekiyorsa geliştirilen tepkiler sıklıkla regresyon, yadsıma, anksiyete, depresyon, korku, üzüntü, umutsuzluk, düşük benlik saygısı, beden imajında değişiklik, sevgi yoksunluğu, sosyal izolasyon, kontrol kaybı, güvensizlik, öfke ve saldırganlık, tedaviyi reddetme, dikkat eksikliği ve/veya hiperaktivite, uyku ve beslenme bozukluğu, ölüm korkusu, ölmeyi isteme ve intihar girişimi durumlarıdır (2,42,43,44).

2.1.5. 6-12 Yaş Grubu Çocuklarda Cerrahi İşleme Hazırlık

Ameliyat öncesi dönem çocuklar için oldukça stresli bir dönemdir. Bu dönemde çocuklar sıklıkla korku, kızgınlık, anksiyete ve suçluluk duyguları yaşarlar. Korkular içinde yer alan yaralanma ve tıbbi işlem korkuları çocukların sağlık uygulamalarına katılımını azaltıp, hastalık durumunda sağlık hizmeti almasını engelleyebilmekte ve tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Çocuğun yaşı, hastalığın niteliği, hastanede geçirilecek süre ve yapılacak ameliyatın tipi çocuğun endişe düzeyini belirleyen durumlardır (27,41,45).

Yaş ve gelişim düzeyleri önemli olmaksızın her çocuğun cerrahi işlem öncesi dönemde duygusal, fiziksel ve bilişsel açıdan bir hazırlık sürecine ihtiyacı olmakla birlikte yaş farkındalık açısından önem taşımaktadır. Cerrahi işlem öncesi hazırlığa 1-2 hafta önce başlanmalıdır. Çocuğun beden imajı ile ilgili kaygılarının yanı sıra, cerrahi işlemin ne kadar süreceği, ne zaman ayağa kalkabileceği, nasıl görüneceği gibi soruları olabilir. Çocuğa karşı dürüst olmak gerekir. İşlem basamaklarını açıklarken maketler ya da görsel araçlar kullanılmalıdır (46,47,48). Bu dönemde açıklamalar, oyuncak bebek ya da maket üzerinde gösterilerek yapılabilir. Çocukta kontrol kaybı, beden hasarı ve ölüm korkusu olduğundan, açıklamalar bu özellikleri dikkate alınarak yapılmalıdır (48).

Okul çağındaki çocuk, hastalığı hakkındaki gerçeği bilmelidir. Kendisine söyleneni anlayabilir ve hastalıkla başa çıkma ile ilgili davranışları dikkate alabilir. Duygusal olarak, duygularını ve acısını saklamaya çalışacağı bir gelişim evresindedir (4). Bu yaştaki çocuk korkmaktadır ve içinde bulunduğu durumla ilgili yeterince bilgisi yoksa korkusu bunaltıcı bir seviyeye çıkabilir. Çocuğun korkusu hiçbir zaman hafife alınmamalıdır (49).

7 yaşında bir çocukta görsel, uzamsal ve kişisel korkular oldukça fazladır. Karanlıktan, gölgelerden, ardiye gibi yerlerden korkarlar. Yatak altında ya da dolapta hayali kişilerin olduğuna inanırlar. Canavar ya da doğaüstü yaratıklardan hala korkarlar (2,9,30). Ebeveynlerinden ayrılmaktan oldukça korkmaktadırlar (49).

9 yaş çocuğunun korkuları daha gerçekçidir. Arkadaşlarına çok düşkün olduğu için onlardan ayrılma korkusu yaşar. Düşük not alma ve okulda başarısız olmaktan korkar. Vücudundaki değişikliklerin farkındadır ve incinmekten, yaralanmaktan, ağrı, sakatlık, hastalık ve ölümden korkarlar (27,49).

10 yaş çocuğunun okula geç kalma, ev ödevi, sınıf geçme korkuları yanında yüksek yerler, ateş, karanlık, büyücü ve cinayet korkuları vardır. Yaralanma ve ölüm korkusu yaşar (27,28,49). Stres ve korku durumunda tırnak yer ve parmak emerler. Huzursuzluk, sinirlilik, yeri geldiğinde bir yerde durmama gibi davranışlar gösterebilir. Stresi tolere etme durumları önceki yaşlara göre artmıştır.

11-12 yaş çocuğu yalnız kalmaktan, vücudunun yaralanmasından ve ölmekten korkar. 11 yaş çocuğu stresli durumlarda içe kapanır, böyle durumlarda annesini yanında ister. Gözlerini kırıştırma, burnunu çekme ve yüzünü kırıştırma gibi davranışlar gösterir. 12 yaş çocuğu stresli durumlarda agresif davranışlar gösterebilir. Okul çocukları korkularına yalnızlık, sıkılma, depresyon, kızgınlık, uykuya düşkünlük, soru sorma, ağlama, inleme, cesur olmaya çalışma ya da işlemleri ertelemeye çalışma gibi tepkiler gösterirler (1,27,49).

2.2. Anksiyete ve Korku

2.2.1. Anksiyete ve Korku Kavramı

Çoğu kez korku, anksiyete ile karıştırılır. Korku; kaynağı dışta olan belirli bir tehlike karşısında hissedilen, kişiyi savunmaya iterek tehlikelerden koruyan, çeşitli bedensel ve ruhsal belirtileri olan karmaşık bir duygudur. Korkuyu başlatan bir olay, obje veya şahıs vardır. Kişi bunlardan uzaklaşarak kendini korumaya çalışır. Bu çocuklukta daha sık görülen bir durumdur. Korku; belli gerçek veya gerçek olmayan bir durum ve tehlike karşısında ortaya çıkan ani, emosyonel istenmeyen bir davranış, duygusal bir tepkidir. Korku insanın yaşamını sürdürebilmesi için gerekli olan bir duygudur. Yaşam tecrübelerinden kaynaklanan, olumsuz ilişki sonucu gelişen temel bir duygudur (30). Korku, insanın en temel duygularından birisidir ve bir insanın gelişiminde bütünleyici bir rol oynamaktadır. “Miller’a göre çocukların korkusu yaşla

değişir, daha karmaşık, çeşitli ve gerçekçi olabilir ve cinsiyet, sosyal sınıf ve aile içi ilişkilerden etkilenebilir” (49). Dahası, farklı kültürlerde çocuklar korkuya farklı tepki verirler. Ayrıca ebeveynlerin çocuklarının korkusuyla ilgili algıları değişkenlik gösterir, ya hafife alırlar ya da korkuyu gözlerinde büyütürler (49).

Anksiyete ise; dıştaki belli duruma bağlanamayan, nedeni açıkça tanımlanamayan, kişinin kendisini nasıl koruyacağını bilemediği bir duygudur (30). Başka bir deyişle anksiyete; benliğin kendini tehdit altında hissettiği bir gerilim durumu olup hoş gitmeyen çeşitli bedensel duyuların eşlik ettiği yaygın ve çoğu kez belirsiz bir kaygı duygusudur (34,41).

Anksiyetenin ızdırap verici bir duygu olarak bilinçli şekilde yaşanması bütün dünyada gittikçe artmaktadır. İçinde yaşadığımız kültürde anksiyete meydana getiren faktörler her geçen gün daha fazla artmaktadır (8,34,45,50). Hafif düzeyde anksiyete spontan dikkat, cesaret ve atılganlığı artırırken, düzeyi yükseldikçe bireyin algılama kavrama ve karar verme yeteneği azalmaktadır.

Yapılan bir çalışmada çocukların büyük çoğunluğunun hastaneye hazırlanmadan yatırıldığı, hastane hakkındaki bilgilerini televizyondan, kitaplardan ya da kendi deneyimleri aracılığı ile öğrendikleri belirlenmiştir. Çocukların özellikle preoperatif dönemde yapılan girişimlere bağlı olarak kaygı ve endişe ile ilgili gerilim belirtileri gösterdikleri bilinmektedir. Bu doğrultuda yapılan birçok çalışma, çocuğa uygulanacak psikolojik ve duygusal hazırlık programlarının hastaneye yatışta ve cerrahi girişimde oluşabilecek davranış değişikliği ve anksiyete düzeyini düşürdüğünü kanıtlamıştır. Bu nedenle çocukların korku ve endişelerini azaltmak için daha önceden hastalıkları konusunda bilgilendirilmeleri ve hastane ortamını tanımları sağlanmalıdır (1,34,43,50,51,52).

2.2.1.Preoperatif Anksiyete

Tüm cerrahi girişimler büyük ya da küçük olsun hastaların yaşamında önemli bir deneyim oluştururlar. Anestezi uygulamaları ve cerrahi işlemler akut anksiyete olarak ortaya çıkan psikolojik stres ve korkuya neden olmaktadır. Hastaların %40 ile %80’ nin cerrahi öncesi endişeli olduğu görülmüştür (33).

Preoperatif anksiyete cerrahiden en az bir hafta önce başlar ve cerrahi sonrası sorunsuz bir iyileşme gerçekleştiğinden emin oluncaya kadar devam eder.Cerrahi girişimler ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara yol açma potansiyelindedir. Preoperatif anksiyetenin nedenleri çok sebeplidir. Fakat genellikle cerrahi sırasında

farkında olma korkusu, tamamen yabancı bir çevrede bulunma, kontrolü yitirme kaygısı, cerrahiden sonra uyanamama ihtimali, postoperatif ağrı ve bulantı-kusma korkusuna bağlıdır. Hastada cerrahi girişim, hastalığından kurtulma ile ilgili umut ve beklenti yanında, psikolojik açıdan kendi bedenini, yaşantısını denetleyemeyeceği endişesine, organ ve doku kaybı korkusuna neden olabilir. Bu kaygı, alttaki hastalığın niteliğine, kaybedilecek organa, kişi için bu durumun anlam ve önemine göre değişik düzeyde olmaktadır. Cerrahi girişim uygulanacak hastalarda genel olarak anestezi kaygısı, ölüm riskine ilişkin endişeler, özürlü olacağı endişesi, ağrıdan korkma, bedeni üzerinde denetimini kaybedeceği endişesi gelişir. Preoperatif dönemde hastaların psikolojik olarak hazırlanmasında, hastalığın niteliği, anestezi uygulaması, cerrahi girişim, postoperatif dönemle ilgili konularda kaygısını arttırmayacak şekilde yeterli düzeyde bilgilendirme çok önemli ve yararlıdır. Hastanın kaygı ve endişelerinin dinlenmesi anksiyete ile başa çıkma yeteneğini güçlendirmektedir (7,28,50). Önceden geçirilmiş cerrahi deneyimi bu anksiyeteyi azaltmaktadır (33).

Pediyatrik hastalarda oyun oryantasyonlu eğitimler, kitaplar, broşürler ve video programları preoperatif dönemde oldukça faydalıdır. Ayrılık anksiyetesi ve postoperatif davranış değişiklikleri (1-4 yaş arası daha çok görülür) hazırlık programları ile azaltılabilir. Preoperatif dönemdeki psikolojik ve farmakolojik hazırlık hastanın anksiyetesini azalttığı gibi, postoperatif morbiditeyi de azaltabilir (33).

2.3. Çocuk ve Ağrı

2.3.1.Çocuklarda Ağrının Değerlendirilmesi

Ağrı; çocuk, aile ve multidisipliner ekibi içeren birçok kişinin bir araya gelmesiyle değerlendirilir. Çocuklarda ağrının doğru şekilde değerlendirilmesi, ağrı kontrolünü kolaylaştırır. Bu nedenle ağrının değerlendirilmesinde hedef; ağrıyı belirlemek, azaltmak ve etkili ağrı yönetimi sağlamaktır (53).

Çocuklarda ağrının değerlendirilmesi ve ölçümü zordur. Bu zorluklar; yaş, gelişme evresi, önceki ağrı deneyimleri ve diğer çevresel faktörlerle ilişkili olarak çocuğun algılama, yorumlama ve ifade etme sürecindeki sürekli değişimlere bağlıdır (16,53). Erişkinlerin aksine, özellikle küçük çocuklarda ağrılarını ilgilendiren soruları anlama ve ağrılarını tanımlama yetenekleri gelişmemiştir. Bu nedenle çocuklarda ağrı değerlendirmesi için seçilecek yöntemde, çocuğun yaşı, genel durumu ve ağrıyı tanıma düzeyi göz önüne alınmalıdır (16,53). Çocuklarda ağrı kişisel ifade, davranış biçimi

ve fizyolojik parametreler kullanılarak çocuğun yaşına ve kooperasyonuna göre değerlendirilir (16,29,53).

Ağrıyı değerlendirirken çocuğun öznelliği de göz önünde bulundurulmalıdır. Çünkü ağrıyı algılama, tanımlama ve ağrıya karşı ortaya çıkan davranışsal tepkiler bireyden bireye değişecektir. Ağrının kişiye özgü yani öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirmektedir (29). Güvenirlik derecesine göre ağrı değerlendirilmesinde öncelikler şu şekilde sıralanmaktadır.

- Hastanın kendi ağrı bildirimini
- Hastanın yakınlarının ağrı bildirimini
- Ağrı davranışları (yüz buruşturma, ağlama, inleme, beden hareketleri)
- Fizyolojik ağrı belirtileri (nabız, solunum ve kan basıncı değişiklikleri)

2.3.2. Ağrı Değerlendirmesinde Ölçek Kullanımı

Ağrının en kolay değerlendirme yolu hastaya ağrısının olup olmadığını sormaktır. Ancak sadece ağrının “var” ya da “yok” olması değerlendirme için yeterli değildir. Değerlendirme sonrasında ağrının şiddeti, tipi, özelliği, lokalizasyonu, zamanla ilişkisi, ağrıyı azaltan ve arttıran faktörler gibi özelliklerin de bilinmesi gerekmektedir. Ağrı değerlendirilmesinde ölçek kullanımı, hastanın sayılar ya da kelimelerle bildirdiği ağrı şiddeti ve niteliğini olabildiğince objektif hale dönüştürmeye, hasta ve hastanın bakımını sürdüren hemşire ve hekimler arasında farklı yorumları ortadan kaldırmaya olanak vermektedir. Günümüzde ağrı ölçümünde birçok tek ve çok boyutlu ölçek kullanılmaktadır (16,29,53,54).

AĞRI ÖLÇEKLERİ	Çok Boyutlu Ölçekler
Tek Boyutlu Ölçekler <ul style="list-style-type: none">• Sözel Kategori Ölçeği• Sayısal Ölçekler• Vizüel Analog Skalası (VAS)• Burford Ağrı Termometresi (BAT)	<ul style="list-style-type: none">• McGill Melzack Ağrı Soru Formu• Dartmount Ağrı Soru Formu• West Haven-Yale Çok Boyutlu Ağrı Çizelgesi• Anımsatıcı Ağrı Değerlendirme Kartı• Wisconsin Kısa Ağrı Çizelgesi• Ağrı Algılama Profili• Davranış Modelleri

Şekil 1. Ağrı Ölçekleri

Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Tek Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ölçekler doğrudan ağrı şiddetini ölçmeye yönelik olup, değerlendirmeyi hasta kendisi yapmaktadır. Günümüzde özellikle akut ağrı tedavisinin etkinliğini izlemede kullanılmaktadırlar.

Tek boyutlu skalalara örnek:

-Sözel Kategori Ölçeği

Sözel kategori ölçeği basit tanımlayıcı ölçek olarak da adlandırılmakta olup, bu ölçek hastanın ağrı durumunu tanımlayabileceği en uygun kelimeyi seçmesine dayanır. Ağrı şiddeti hafiften dayanılmaz dereceye kadar sıralanır. Hastadan bu kategorilerden durumuna uygun olanı seçmesi istenir (16,29,53).

-Sayısal Ölçekler

Ağrı şiddetini belirlemeye yönelik olan bu yöntem hastanın ağrısını sayılarla açıklamasını amaçlar. Sayısal ölçeklerde ağrı, yokluğu (0) ile başlayıp dayanılmaz ağrı (10-100) düzeyine kadar ulaşır (16,29,53).

-Yüz ifadesi skalası (face scale – FS):

Sıfır ile on arası puanlama sistemi olan ve 2' şer puan artan, düşük puandan başlayarak her puanın karşısına denk gelen ağrı yok, hafif ağrı var, orta şiddette ağrı var, çok ağrı var, şiddetli ağrı var ve çok şiddetli ağrı var ifadeleriyle hastanın yüz ifadesine yakın görüntü belirlenir ve bu belirlenen görüntüye göre puanlama yapılır (29).

-Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) - VAS (Visual Analogue Scale);

Bir ucunda ağrısızlık diğer ucunda olabilecek en şiddetli ağrı yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde hasta kendi üzerinde ağrısını işaretler. Bu ölçeğin diğer tek boyutlu ölçeklere göre daha duyarlı ve güvenilir olduğu belirtilmektedir. Ayrıca GKÖ' nün hastalar tarafından daha iyi anlaşıldığı belirlenmiştir. GKÖ' nün kullanımı hastaya çok iyi anlatılmalıdır. Bu bağlamda hastaya iki uç nokta bulunduğu ve bu noktalar arasında ağrısının şiddetine uyan herhangi bir yeri işaretlemekle özgür olduğu söylenir. Ağrı yok başlangıcı ile hastanın işaretlediği bu nokta arası ölçülerek santim olarak kayda alınır (20,29,55).

VAS kullanmanın avantajları:

- Ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde, diğer yöntemler ile yapılan karşılıklı değerlendirmeler sonucunda VAS' nın uygun bir yöntem olduğu saptanmıştır.
- 5 yaş üzerindeki hastalar, bu yöntemi, kolay anlaşılır ve kolay uygulanabilir olarak tanımlamışlardır.

- VAS ile değerlendirmelerde dzenli bir dağılım gerçekleştirilir.

-Sözlü ağrı değerlendirilmesi ile karşılaştırıldığında, tedavi etkilerinin değerlendirilmesinde yeterli hassasiyete sahip olduğu gürölür.

- Ölçüm yeniden yapılabilir.

VAS, tedavi etkilerine karar vermede birçok çalışma için başarılı bir değerlendirme yöntemi olmuştur (20,55).

-Burford Ağrı Termometresi

Ülkemizde kullanımı henüz yaygın değildir. Bu ölçek kolay anlaşılır, numaralarla birleştirilmiş sözlü ifadeleri içerir. Bu bağlamda; 0-1 ağrısızlığı, 2-3 hafif, 4-5 rahatsız edici, 6- 7 şiddetli, 8-9 çok şiddetli, 10 ise dayanılmaz ağrıyı tanımlamaktadır (11,12,16,29).

Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan ok Boyutlu Ölçekler

Tek boyutlu ağrı ölçeklerinin kullanım sınırlılığı, ağrının kompleks doğasını yeterince ortaya koyamamasından kaynaklanmaktadır. Bazı araştırmacılar tek boyutlu ölçeklerden kaynaklanan eksikliği gidermek için ağrının değişik yönlerini ortaya koyan çok boyutlu ölçekler geliştirmişlerdir. Çok boyutlu ölçeklerin ağrıyı tüm yönleriyle ele almalarına karşın, tek boyutlu ölçeklere göre ağrı değerlendirmesinin daha uzun sürmesi ve birçoğunun anlaşılmasının güç olması, bu ölçeklerin özellikle akut ağrıda ya da tedavi etkinliğini değerlendirmede ağrı şiddetini ölçmek amacıyla kullanımını sınırlamaktadır. Ancak kronik ağrılarda ağrının tüm yönlerini değerlendirmek amacıyla belirli zamanlarda uygulanmasının yararlı olacağı düşünölmektedir (15,56). Bu amaçla geliştirilen ölçeklerden biri de Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu'dur (15).

-Mc Gill Melzack Ağrı Soru Formu

Bu form 4 bölümden oluşmaktadır. Formun girişinde hastanın adı, soyadı, yaşı, tıbbi tanı-sorun, analjezik kullanıyorsa tipi ve dozu, ayrıca hastanın algılaması ile ağrının yeri, özelliği, zamanla ilişkisi ve şiddetini belirlemeye yönelik tanıtıcı bilgiler yer alır (29).

2.3.3. Çocuklarda Ağrı Kontrolü

Ağrı genel olarak farmakolojik (ilaçlı) ve nonfarmakolojik (ilaç dışı) yöntemler olmak üzere iki şekilde kontrol edilmektedir. Çocuklarda da ağrıyı kontrol etmek için birçok farmakolojik ve non-farmakolojik yöntemler uygulanmaktadır(5,6,7)

2.3.4. Ağrının Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

Tüm ekip üyelerinin sorumluluğu olan, ağrının farmakolojik ajanlarla kontrolü, multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir. Ekipte hemşirenin rolü, hastanın tedaviye verdiği yanıtları değerlendirmek ve önerilen tedaviyi uygulamaktır. Hemşirenin bu yaklaşım içinde ağrı tedavisine gerekli katkıyı sağlayabilmesi için, ağrının farmakolojik kontrolünü bilmesi ve bu bilgileri hekim ve diğer ekip üyeleri ile etkili bir şekilde paylaşması gerekmektedir (57,61).

2.3.5. Ağrının Non-Farmakolojik Yöntemlerle Kontrolü

İlaçlar; özellikle opioidler, akut ağrı yönetiminde temel olmasına rağmen, farmakolojik müdahaleler tek başına ağrının affektif ve duyusal boyutunu etkin olarak ortadan kaldırmaz ve bilindiği gibi analjezik ilaçların bazı istenmeyen yan etkileri vardır. Farmakolojik yöntemlere ek olarak nonfarmakolojik yöntemlerle ağrıyı gidermek, ağrıyı kontrol etmek için gerekli olan analjezik dozunu dolayısıyla ilaç tedavisinin yan etkilerini azaltır (5,6,7,57). Bu nedenle hastanın rahatsızlığını azaltmak için nonfarmakolojik yöntemlerin de kullanılması gerekebilmektedir (26,57,58,59).

Birçok alanda kullanımı giderek yaygınlaşan nonfarmakolojik yöntemlerin ameliyat sonrası ağrı yönetiminde de kullanımı çok sayıda araştırma ile desteklenmektedir (56,65,66). Bu yöntemlerin kullanımının hemşireler tarafından bilinmesi ve hastalara öğretilmesi ameliyat sonrası ağrı ile baş etmede hastalar için oldukça önemlidir. Nonfarmakolojik ağrı tedavi yöntemleri tüm çocuklarda bakımın bir parçasıdır. Nonfarmakolojik yöntem seçilirken çocuğun yaşı ve bilişsel yeterliliği, kültür,davranışsal faktörler, durumla başa çıkma yeteneği ve ağrının tipi göz önünde bulundurulmalıdır (6,7).

Günümüzde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler periferel ve bilişsel-davranışsal teknikler olarak ele alınmıştır.

Periferel Teknikler; ağrıyı azaltmada kullanılan deri stimülasyon girişimlerini içerir.

Birçok akut ve kronik ağrıda kullanılan bu yöntemler;

- Soğuk uygulama
- Sıcak uygulama
- Deriye mentol uygulama
- Masaj
- Vibrasyon
- Egzersiz

- Terapötik dokunma
- TENS'tir (8,13,16,57,61,).

Bilişsel- Davranışsal Teknikler ; duyuşal faktörlerde oluşturdukları değişiklik yolu ile etki gösterirler. Ağrı yönetimiyle ilgili olarak yer alan bilişsel davranışsal yaklaşımlar şunlardır:

- Kas gevşemesi
- Dikkati başka yöne çekme
- Hipnoz
- Meditasyon
- Yoga
- Biyolojik geri bildirim
- Stresle başetme
- Aile terapisi

gibi yöntemlerle retiküler formasyona fazla miktarda uyarın gönderilerek dikkatin ağrıdan başka alanlara kaydırılması ile sağlanır. Dikkatin başka alanlara yöneltilmesi anksiyete ve kas gerginliğini de azaltarak ağrıyı hafifletmektedir (13,16,61).

Dikkati Başka Yöne Çekme Yöntemi

Ağrıda dikkati başka yöne çekme, dikkatin ağrı dışında bir uyarana odaklanmasıdır. Bu yöntem bir tür duyuşal koruyucudur ve ağrı tümüyle ortadan kalkmaz. Ancak ağrı toleransı ve ağrı algılama eşiği artar. Böylece hastanın algıladığı ağrı şiddeti azalır. Aynı zamanda hastada kontrol duygusunu geliştirir. Yapılan araştırmalar hastaya müzik dinletme, televizyon izletme, kitap okuma, sevdiği uğraşılara yöneltme, iletişim kurma gibi dikkati ağrıdan uzaklaştıran yöntemlerin ağrı eşiğini yükselttiğini ve hastaların ağrısını azalttığını göstermiştir (8,10,15,53,56.) (Tablo 1).

Tablo 1. Gelişim Dönemlerine Göre Etkili Dikkati Başka Yöne Çekme Yöntemleri

Gelişim Dönemlerine Göre Etkili Dikkati Başka Yöne Çekme Yöntemleri	Yenidoğan	Bebeklik	1-3 Yaş	Okul öncesi	Okul çocuğu	Adölesan
Müzik	*	*	*	*	*	*
Sesli Oyuncaklar		*	*	*		
Dönence	*	*	*			
Köpükler		*	*	*	*	*
Sihirli değnek			*	*	*	*
Video		*	*	*	*	*
Volkmen				*	*	*
Üfleli oyuncaklar			*	*	*	*
Çıkartmalar			*	*	*	*
Oyuncak bebek		*	*	*		
Macera kitapları				*	*	*
İmge oluşturma				*	*	*
Seyahat oyunları				*	*	*
Ateri					*	*
Masaj	*	*	*	*	*	*
Dergi/Kitap			*	*	*	*
Fırıldak			*	*	*	*
Resim makinası			*	*	*	
Kaleidoskop			*	*	*	*
Stres Topu					*	*
Konuşma	*	*	*	*	*	*
Şarkı söylemek	*	*	*	*	*	*

(67,68).

2.4. Müzik Terapi Kavramı

2.4.1. Müziğin Tanımı

Müzik kelimelerle anlatılmayan duygu ve düşüncelerin sesler yoluyla anlatılması sanatı olup; duygu, düşünce, izlenim ve tasarımları ve başka gerçeklerin de katkısıyla belli durum, olgu ve olayları, belli bir amaç ve yöntemle, belirli bir güzellik anlayışına göre birleştirerek, biçimlendirilmiş seslerle işleyerek anlatan estetik bir bütündür (23,24,25,69).

Müzik, herkesin anlayabildiği ve anlayabileceği yegane birdir. Müzik; duygu, düşünce, izlenim ve tasarımları, belli durum, olgu ve olayları, belli bir amaç ve yöntemle, belirli bir güzellik anlayışına göre birleştirerek, biçimlendirilmiş seslerle anlatan estetik bir bütündür. Müzik, dil ve ırk fark etmeksizin, herkesin anlayabildiği ve anlayabileceği yegane dil olup, direkt olarak duygulara hitap eden, etki eden bir sanat dalıdır (23).

2.4.2.Müzik Terapi

Müzikoloji disiplini yaklaşık yüz yıldır bilimsel yöntemlerle müziği incelemekte ve araştırmaktadır. Müzikoloji; din, töre, mitoloji, gelenek vb. toplumsal kurumlarla müzik arasındaki etkileşimi inceleyen bilimsel disiplinlerden birisidir. Bu disiplinin alt dallarından biriside müzik terapidir (25,26,69,70).

Müzik terapi, bireylerin iyilik halini korumayı ve sağlığını geliştirmeyi hedefleyen alternatif bir tedavi yöntemidir (24). Müziğin ağrı gidermede kullanılmasında hastanın hoşlandığı ve istediği müziği seçmek önemlidir. Müzik terapisi, bireyin ağrısı şiddetlenmeden ya da ağrılı işlemde önce yapılmalıdır (96).

2.4.3.Müzik Terapinin Tarihçesi

Müzikle tedavinin dünyada ve Türkiye’ de binlerce yıllık bir geçmişi vardır. İkel zamanlardaki insanlar, hastalıklara kötü ruh ve cin adı verilen varlıkların neden olduğuna inanırlardı. Bu kötü varlıkların neden olduğu hastalıklar, sihirbaz ve şamanların öncülüğünde tedavi törenleriyle kontrol altına alınmaya çalışılırdı. Bu tedavi törenlerinin vazgeçilmez öğeleri ise müzik, dans, ritim ve şarkılardı (24).

Müzikle tedavi tarihi, tıp tarihi kadar eskiye gitmektedir. Çünkü insanlar, tedavi araçlarını çoğu kez bir arada kullanmışlardır. Eski Yunan mitolojisinde güzel lir çalmasıyla tanınan Apollon, hem müziğin hem de hekimliğin tanrısı sayılmış ve lir çalarak insanların sıkıntılarını gidermiştir. Eski Yunanlılarda müzik, her türlü erdem için esas olup ruhun eğitimi ve arınmasında büyük bir etmen olarak kabul edilmiştir (23,69,71).

Türk tarihi ve kültüründe önemli bir yeri olan müzik ve dans ve bunlarla yapılan tedavi konusunda; pentatonik müzik formu ve Baksı-Kam tedavi geleneğinin yanı sıra olgunlaşıp yerleşen makam müziği ile tedavi günümüz tıbbında yeniden güncelleşmiş bulunmaktadır. Bin yıldan daha önceki zamanlarda Orta Asya'da, Horasan ve Uygur bölgelerinde gelişerek yayılan makam musikisi hakkında Farabi,

İbn-i Sina, Ebu Bekir Razi, Hasan Şuri, Hekimbaşı Gevrekzade Hafız Hasan Efendi, Haşim Bey eserler yazmışlar ve makamların duygular ve organlarla ilişkilerini tasniflerle belirtmişlerdir(23,25).

Pentatonik müzik, Türk illerinde gelişmeye devam ederken, yedili sistem olan ve bir tam sesin dokuz komadan oluşması esasına dayalı makam sistemi, takriben dört yüzü geçenmakam zenginliği ile kültür ve sanatımıza büyük katkıda bulunmuştur (23,71).

Yapılan çalışmalarda preoperatif ve postoperatif dönemlerde veya intraoperatif dönemde müzik dinletilmesinin cerrahiye bağlı anksiyeteyi ve analjezik ilaç ihtiyacını azalttığı tespit edilmiştir (23).

2.4.4. Çocuklar İçin Müzik Terapi

Müziği, çocuklara erken yaşta tanıtır, bu alışkanlığın hayatları boyunca devam ettirilmesine ortam hazırlanmalıdır (71). Müzik, çocukların dünyasına ne kadar çok erken girerse, ileriki yaşantılarında da o kadar çok duyarlı, hassas ve bilinçli yetişkinler olacaklardır (25). Bir müzik enstrümanı çalmasını öğrenmeleri, çocuklara sayısız yararlar sağlar. Zekâlarını geliştirmenin yanı sıra, onlara disiplinli olma, hızlı problem çözme ve her konuda sistematik çalışma alışkanlıkları kazandırır. Müziğin insan beyni üzerindeki etkileri ve faydaları her geçen gün daha fazla dikkat çekmektedir. Örneğin; müziğin etkisiyle beynimizin salgıladığı endorfin hormonunun, ağrı ve stresi azalttığı ve yaşlanma sürecini yavaşlattığı bilinmektedir (69).

Çocukların müzikle tanışması anne karnında başlayabilmektedir. Sürekli dinlediği ninni veya ezgiyi doğum sonrasında duyan bebeklerin bunu anımsadığı, kalp atışlarının yavaşlayarak düzenli hale geldiği, sakinleşerek, daha olumlu ve uyumlu oldukları saptanmıştır (25,71).

Anne karnındaki bir bebeğe klasik müzik dinletmemiz yararlı olduğu kadar, o derece önemlidir. Çocuklarda müzik terapi uygulanırken birebir ve grup yaklaşımı kullanılabilir. Terapist ve çocuk ilk karşılaştıklarında seansların hedefini ortaya koyarlar. Müzik terapi, çocuğa iletişim, dikkat, motivasyon ve davranış problemlerinde yardımcı olabilir. Tedavi odasında çeşitli yerlerden, geniş yelpazede müzik aleti bulunmalıdır. Bunlar, mutlaka rengarenk ve farklı yapılarda olmalıdır. Bazı çocuklar müzik aleti tutabilirken bazıları tutamaz. Daniel Levitin'e göre fetus, anne karnında duyabilir. Anne kalp sesini, müziği, konuşmaları ve çevre gürültüsünü

duymaktadır. İngiltere Keele Üniversitesi'nden Alexandra Lamont'a göre de fetus duyar ve doğumundan bir yıl sonra da bunları hatırlar ve alıştığı müziği tercih eder. Fetusta işitme sistemi intrauterin 20. haftada tam olarak işlev görmektedir (69,71).

2.4.5. Müzik Terapisi ve Anksiyete

Müzik terapisi anksiyeteye yol açan birçok durumda tamamlayıcı veya alternatif tedavi olarak kullanılabilir. Müziğin anksiyete üzerine etkisinin incelendiği çok sayıda araştırma vardır (66,72-78). Örneğin; diş tedavi ünitelerinde dental girişimler esnasında hastalarda ortaya çıkan anksiyeteye müzik terapisinin iyi geldiğini gösteren birçok çalışma bulunmaktadır (78-80); benzer olarak cerrahi girişimler sırasında da müziğin hastaların anksiyetesi üzerine faydalı olduğu gösterilmiştir (76).

2.5. Anksiyete, Korku ve Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Anksiyete, korku ve ağrı birbiriyle bağlantılı olup, birbirini etkileyen faktörlerdir. Bu faktörlerin yönetiminde multidisipliner ekip yaklaşımı gerekmektedir ve bu ekibin vazgeçilmez üyesi hemşirelerdir (1,7,8). Hemşireler, ekip içerisinde diğer sağlık profesyonellerine göre hastayı daha yakından gözleme ve değerlendirme imkanına sahiptir (57). Hemşireyi diğer ekip üyelerinden ayıran ve önemli kılan noktalar; hemşirenin hastayla uzun süre birlikte olması, hastanın önceki anksiyete, korku ve ağrı deneyimlerini, bunlarla baş etme yöntemlerini öğrenmesi ve gerektiğinde bunlardan yararlanması, ağrı ile başa çıkma stratejilerini hastaya öğretmesi, rehberlik yapması, planlanan tedaviyi uygulaması, etkilerini ve sonuçlarını izlemesi, empatik yaklaşımı ve sempati sağlamasıdır (29,57,59,61). Hastayı etkin bir şekilde değerlendiren hemşire, bu bilgilerin ışığında hastanın anksiyete ve ağrısının kontrolünde kullanılabilecek, bireye uygun, farmakolojik olmayan yöntemleri seçebilir, bu yöntemleri hastasına öğretebilir, hasta ile birlikte uygulayabilir ve sonuçlarını değerlendirebilir. Bu nedenle anksiyete, korku ve ağrı yaşayan hastaya yaklaşım konusunda hemşirenin rolü önemlidir (57,59,61,66).

2.5.1. Nonfarmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik

Günümüzde kullanımı yaygınlaşmakta olan ve anksiyete, korku ve ağrı yönetiminde kullanılabilen nonfarmakolojik yöntemler hemşirelerin özel eğitim gerektirmeden uygulayabileceği girişimlerdir (18,29). Hemşirelerin diğer sağlık ekibi üyelerinden daha uzun süre hasta ile birlikte olması, ağrı ile baş etmede hastaya rehberlik yapması, uygulamaların sonuçlarını izlemesi ve empati becerisini kullanması gibi nedenler, ağrı kontrolünde etkin rol üstlenmelerini gerektirmektedir (57,61).

Literatür bulguları da, ağrının ve buna bağlı anksiyetenin hafifletilmesinde hemşirelerin etkin rolü olduğunu göstermiştir (53,63,64). Ancak hemşireler ülkemiz genelinde bağımsız rollerini pekiştirici rolü olan ve analjezik kullanma oranını azaltacak bu yöntemleri yeterince kullanmamakta ve daha çok analjezik uygulama yöntemini seçmektedirler. Ayrıca hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin modern ağrı tedavi yöntemleri, ağrı şiddetini tanımlama, farmakolojik ve nonfarmakolojik ağrı tedavi yöntemlerini uygulama ile ilgili bilgi eksiklikleri olduğu bilinmektedir (64).

Özer ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, hemşirelerin %78.5'inin hastanın ağrısı ölçmek için ağrı tanımlama skalası kullanmadığı, %47.4'ünün ağrı yoğunluğunu tanılamada hastanın davranışlarını gözlemlemediği saptanmıştır.

Czarnecki ve arkadaşları (2010) ise ağrı kontrolüne engel olan beş bariyeri;

- Yetersiz hekim istemi,
- İşlem öncesi yetersiz premedikasyon,
- Premedikasyona izin vermede yetersizlik,
- Sağlık profesyonellerinin ağrı kontrolüne az önem vermesi,
- Ebeveynlerin çocuklarına ilaç verilmesini reddetmesi olarak sıralamışlardır (29).

3. GEREÇ-YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmada her iki grup randomize olarak seçildi. Vaka ve kontrol gruplu yarı deneysel olarak planlandı ve yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çocuklara cerrahi uygulanan kliniklerde (Çocuk Cerrahisi A.B.D. Kliniği, KBB A.B.D. Kliniği, NRŞ A.B.D., Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D., Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.B.D.) 1 Ocak - 19 Ağustos 2016 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çocuklara cerrahi uygulanan kliniklerde (Çocuk Cerrahisi A.B.D. Kliniği, KBB A.B.D. Kliniği, Ortopedi ve Travmatoloji A.B.D.Kliniği, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi A.B.D. Kliniği) cerrahi operasyon geçiren 6-12 yaş arası çocuklar oluşturdu. BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çocuklara cerrahi uygulanan kliniklerde 1 yıl süre ile (2015-2016), 6-12 yaş grubuna yapılan cerrahi operasyonların 420 olduğu belirlendi. Bu evrenden; bilinmeyen sıklıkla %5 olasılıkla ve %95 güven seviyesi ile belirlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden 1 Ocak -19 Ağustos 2016 tarihleri arasında cerrahi operasyon geçiren 6-12 yaş arası 60 çocuk örneklemi oluşturdu.

Araştırma grubunun örneklem sayısını belirlenmesi için istatistik uzmanı tarafından yapılan power analiz sonucu %94,2 bulunmuş ve gruplardaki örneklem sayısı 30 olarak belirlenmiştir.

Örneklem grubuna alınma kriterleri eşleştirilmeye çalışılarak, 30'u vaka grubunu, diğer 30'u kontrol grubunu oluşturdu.

Örneklem seçim kriterleri

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

- Çocuğun 6-12 yaş grubunda olması
- Çocuğun cerrahi girişim için hastanede yatıyor olması,

- Çocuğun işitme probleminin olmaması
- Çocuğun ve ebeveynin Türkçeyi rahat anlıyor ve konuşuyor olması,
- Çocuğun sorulan sorulara cevap verebilecek zihinsel gelişim düzeyinde olması,
- Ebeveyn ve çocukların araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Ebeveynlerin yazılı ve sözlü olarak onam vermesidir.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- Çocuğun 6-12 yaş grubunda olmaması
- Çocuğun işitme probleminin olması
- Çocuğun ve ebeveynin Türkçeyi rahat anlıyor ve konuşuyor olmaması
- Çocuğun sorulan sorulara cevap verebilecek zihinsel gelişim düzeyinde olmaması
- Ebeveynlerin ve çocukların çalışmaya katılmaya rızasının olmaması
- Ebeveynlerin yazılı ve sözlü olarak onam vermemesidir.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Vaka ve kontrol gruplarında Tıbbi İşlem Korku Ölçeği, ÇADİ ve ameliyat sonrası dönemdeki ağrılarını değerlendirmek için VAS ve FLACC Ağrı Ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişken: Müzik terapi oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araç ve Gereçleri

Araştırmada veriler, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veri toplanmasında;

- Katılımcı Bilgi Formu (EK2)
- Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi (ÇADİ) (EK 3)
- Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği (EK 4)
- Visual Analog Skala (VAS) (EK 5)
- FLACC (Davranış Ağrı Değerlendirme Ölçeği) (EK 6) kullanılmıştır.

Katılımcı Bilgi Formu

Çocuk ve ailenin sosyo-demografik bilgilerini, aile tipi, sağlık güvencesi ve ailenin ekonomik durumu ile ilgili bilgileri içeren 22 sorudan oluşmaktadır (**EK-2**).

ÇADİ (Çocuklar için anksiyete duyarlılık indeksi)

Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 1991 yılında Silverman ve arkadaşları tarafından 6 ile 17 yaş arası okul çağı çocuklarına yönelik hazırlanmıştır (87,89). Çocuk Anksiyete Duyarlılığı İndeksi 18 maddeden oluşmaktadır ve çocukların anksiyete oluşturabilecek iç ve dış uyaranların sonrasında hissedilen duygularını sorgular. Çocuk Anksiyete Duyarlılığı İndeksi ; kolayca anlaşılabilen hiç (1), biraz (2), çok fazla (3) şeklinde üç puanlı bir derecelendirmeye sahiptir. ÇADİ toplam puanları 18 - 54 arasında değişir. Silverman ve arkadaşları yaptıkları çalışmada ÇADİ'nin üç alt faktörlü hiyerarşik yapıdan oluştuğunu göstermişlerdir. Bu alt faktörler,

- Fiziksel belirtilerden korkmak,
- Mental yetersizlikten korkmak,
- Sosyal ortamlarda değerlendirilmekten korkmak şeklinde açıklanmıştır (87).

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışması, Yılmaz (2006) tarafından yapılmıştır. ÇADİ için Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.87, iki haftalık test-tekrar test güvenilirliği 0.78 olarak bulunmuştur (88)(**EK-3**).

Çalışmamızın genel güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. Güvenilirliğin değerlendirilmesi için ilk ölçümler dikkate alındı.18 sorudan oluşan ÇADİ'nin güvenilirliği 0,848 olarak bulundu.

Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği

Tıbbi İşlem Korku Ölçeği, Marion Bloom ve arkadaşları tarafından 1985 yılında geliştirilmiş, çocukların tıbbi işlem ve uygulamalarla ilgili korkularını ölçmeye yönelik bir ölçektir (60,81).

Ölçeğin toplam soru sayısı 29 (%100.0) olup, ölçekten alınan en düşük puan 29, en yüksek puan ise 87'dir.

Ölçek, üç seçenekli Likert tipi bir ölçektir. Çocuktan ölçekteki her bir madde için "hiç korkmam" (1) , "biraz korkarım" (2) , "çok korkarım" (3) ifadelerinden birini seçmesi istenmektedir. Ölçekten (0-29) puan alan az korkan; (29-58) puan arası alan biraz korkan; (58-87) puan arası alan öğrenci ise çok korkan olarak değerlendirilmektedir.

Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu ölçeğin maddeleri;

- İşlemsel
- Çevresel
- Kişisel
- Kişiler arası soruları içeren gruplardan meydana gelmiştir.

Ölçeğin Türkiye'deki geçerlilik güvenilirlik çalışması, Alak (1993) tarafından yapılmıştır (82). Ölçeğin güvenilirliği Split-Half Güvenirlik Ölçütü ve Spearman Brown Tekniği kullanılarak saptanmıştır. Alak'ın 7-14 yaş grubu 100 sağlıklı okul çocuğuyla yaptığı çalışmasında, güvenilirlik analizlerinde spearman brown güvenilirlik katsayısı 0.93 olarak bulunmuştur (37,82) **(EK-4)**.

Çalışmamızın genel güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. Güvenilirliğin değerlendirilmesi için ilk ölçümler dikkate alındı. 29 sorudan oluşan tıbbi işlemler ile ilgili korku ölçeğinin güvenilirliği 0,855 olarak bulundu.

Visual Analog Skala (VAS)

Skala, 10 cm'lik bir çizgiden oluşur (0-10 cm veya 0-100 mm). 0 çizgisi "hiç ağrı yok" 10 çizgisi "dayanılmaz ağrı" olduğunu ifade eder . Çocuktan ağrısının derecesini ifade eden yeri işaretlemesi istenir. Çocuğun işaretlediği noktanın sol noktaya (0 çizgisi) uzaklığı ölçülerek ağrı derecesi belirlenir (7 yaş üzeri çocuklar için VAS kolay anlaşılır ve kolay uygulanabilir olarak tanımlanmaktadır (63,83,84).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar 5 yaş ve üzerindeki çocuklarda ağrının değerlendirilmesinde VAS' in güvenilir ve geçerli olduğunu göstermiştir.Yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği ortalama 0.80 olarak hesaplanmıştır (83,84,85) **(EK-5)**.

FLACC (Face-Legs-Activity-Cry-Consability Pain Scale) Davranış Ağrı Değerlendirme Ölçeği

FLACC (Face-Legs-Activity-Cry-Consability Pain Scale) Ağrı Ölçeği; 1997 yılında Merkel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. FLACC'da beş davranışsal kategorinin değerlendirilmesi ile ölçüm yapılmaktadır. FLACC kısaltılması, yüz, bacaklar, aktivite, ağlama, teselli edilebilme kelimelerinin İngilizce baş harflerinden oluşur. FLACC skalasında beş davranışsal kategorinin değerlendirilmesi ile ölçüm yapılmaktadır. Çocuğun yüz ifadesi, bacaklarının pozisyonu, aktivitesi, ağlaması ve teselli edilebilirliği 0-2 arasında değişen puanlarla derecelendirilmektedir. Ölçekte puanların yükselmesi ağrının arttığı ve düşmesi azaldığı anlamına gelmektedir (10).

Şenaylı ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada FLACC parametrelerinin Türkçe'ye çevrilmesi ile kelimelerin baş harfleri kullanılarak; Yüz, Bacak Hareketliliği, Aktivite, Ağlama, Teselli edilirlilik (YBAAT) olarak adlandırılmıştır. Çalışmada 1 ay- 9 yaş arasındaki çocukların postoperatif ağrı değerlerive ağrılarını değerlendiren kişiler (hemşire-cerrah-anestezist) arasındaki uyumluluğu değerlendirilmiş (0,45 ile 0,81 arası değerler bulunmuştur) ve skalanın Türkçe birebir tercümesinin ülkemizde de kullanılabileceği ifade edilmiştir. Bu sonuçlarla; postoperatif ağrı yönetiminde ve FLACC ölçeğinin Türkçe kullanımında herhangi bir sorun yaşanmadığı, ağrı takip skalası olarak güvenle kullanılabileceği düşünülmüştür (54).

3.6. Verilerin Toplanması

Yarı deneysel yapılan bu çalışmada, vaka grubu (ameliyat öncesinde müzik terapi yöntemi uygulanan çocuklar) ve kontrol grubu (ameliyat öncesinde servis rutinlerinin ve ölçeklerin uygulanacağı çocuklar) olmak üzere iki grup belirlenmiş ve her bir grupta en az 30 çocuk olmak üzere toplamda 60 çocuk ile çalışma yürütüldü.

Uygulama

Hastanede yatan çocuklar ile çalışmaya başlamadan önce ailelerinden gerekli izinler alındı. Vaka ve kontrol grubuna ameliyattan bir gün önce Katılımcı Bilgi Formu, ÇADİ (Çocuklar için anksiyete duyarlılık indeksi) ve Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği ve Durumluluk Süreklilik Anksiyete Ölçeği sorumlu araştırmacı tarafından uygulandı. Vaka grubuna ameliyata gitmeden önce 15 dk süreyle (çocuğun seçmiş olduğu) müzik parçası mp3 çalara yüklenerek kulaklık vasıtasıyla dinletilmiş ve bir gün önce uygulanan ölçeklerin tümü her iki gruba (vaka ve kontrol) yeniden uygulandı. Çocuk ameliyattan çıkıp derlenme odasına (ameliyattan çıktıktan sonra hastanın kendine gelinceye ve genel durumu stabilleşene kadar ameliyathane içerisinde belli bir süre gözleendiği oda) geldiğinde tüm ölçekler ve ağrı ölçekleri (VAS, FLACC) her iki gruba da uygulandı. Çocuk servise döndükten en az iki saat sonra vaka grubuna (15 dk. süre ile müzik dinlettikten sonra) ve kontrol grubuna tüm ölçekler uygulandı. Son olarak da çocuk taburcu olmadan 30 dk. önce her iki gruba tüm ölçekler tekrar uygulandı ve bu sonuçlarla değerlendirme yapıldı.

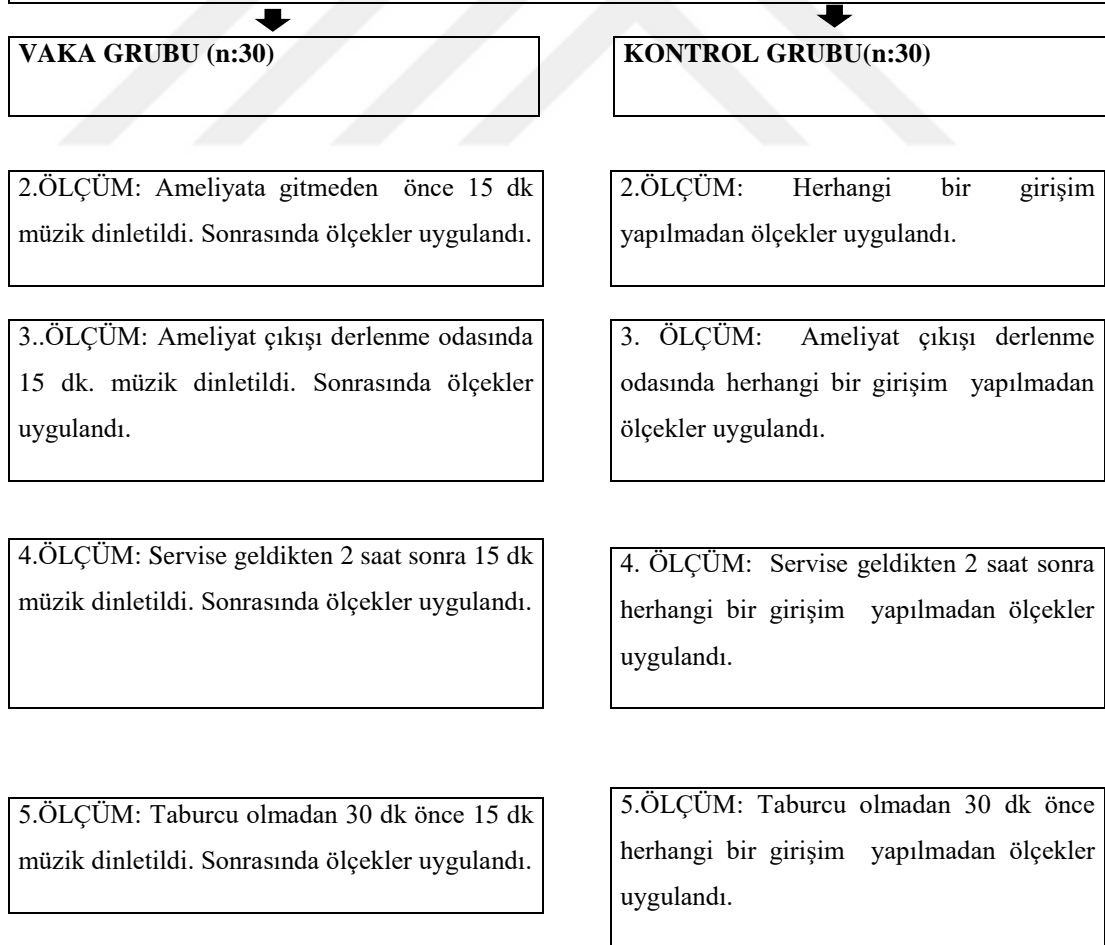
ARAŞTIRMA PLANI

Çalışma Grubu
1 Ocak - 19 Ağustos 2016 tarihleri BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çocuklara cerrahi uygulanan kliniklerde cerrahi girişim amaçlı yatan 6-12 yaş arası işitme probleminin olmayan, Türkçeyi rahat anlayıp, konuşabilen, sorulan sorulara cevap verebilecek zihinsel gelişim düzeyinde olan, araştırmaya katılmaya gönüllü 60 çocuk çalışma kapsamına alındı.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler	Bağımsız Değişkenler	Kontrol Değişkenleri
Çocukların; Tıbbi İşlem Korku Ölçeği, ÇADİ ve ameliyat sonrası dönemdeki ağrıların değerlendirmek için VAS ve FLACC Ağrı ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları	Müzik Terapi Uygulaması	Çocukların; • Yaşı, • Cinsiyeti, • Sosyodemografik Özellikleri, • Ameliyat Deneyimleri

İLK ÖLÇÜM: Vaka ve kontrol grubuna ameliyattan bir gün önce Katılımcı Bilgi Formu, ÇADİ (Çocuklar için anksiyete duyarlılık indeksi) ve Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği ve Durumluluk Süreklilik Anksiyete Ölçeği sorumlu araştırmacı tarafından uygulandı.



3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı.

Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. Parametrelerin grup içi karşılaştırmalarında ise Wilcoxon işaret testi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi. Genel güvenilirlik ve alt boyutların güvenilirliği için Cronbach's Alpha katsayısı hesaplandı. Güvenilirliğin değerlendirilmesi için ilk ölçümler dikkate alındı.

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma; araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin (EK-8) alındıktan sonra, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu tarafından 2015-87-21/10 etik no.su ile 18/11/2015 tarih ve 2015/11 sayılı kararı onaylanan (EK-7) etik kurul izni ile yapıldı. Bilgi edinilen tüm araştırmalarda cevapların gönüllü olarak verilmesi gerektiğinden araştırmaya alınacak çocukların ve ailelerinin gönüllü katılımlarına önem verildi. Ayrıca, araştırma süresince araştırmanın amacı, çocukların ebeveyn ve yakınlarına açıklandıktan sonra onayları (bilgilendirilmiş onay ilkesi) yazılı ve sözel olarak alındı (EK-1).

4. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular 7 başlık altında toplanmıştır.

4.1: Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.2: Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

4.3: Çocukların Hastane ve Ameliyat Deneyimlerine İlişkin Bulgular

4.4: Çocukların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Tıbbi İşleme Bağlı Korku Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.5: Çocukların Ameliyat Öncesi ve Sonrası ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.6: Çocukların Ameliyat Sonrası Ağrı Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

4.7: Ölçeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırma Bulguları

4.1. Çocukların Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulguların Dağılımı

Çocukların sosyo-demografik değişkenlerine ilişkin bulguların dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Çocukların Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=60)

ÖZELLİK	Vaka		Kontrol		Toplam		p	
	n	%	n	%	n	%		
Yaş	6	11	36,7	14	46,7	25	41,6	p=0,151
	7	4	13,3	6	20,0	10	16,6	
	8	4	13,3	5	16,7	9	15	
	9	4	13,3	3	10,0	7	11,6	
	10	4	13,3	1	3,3	5	8,3	
	11	1	3,3	0	0,0	1	1,6	
	12	2	6,7	1	3,3	3	5	
Cinsiyet	Kız	7	23,3	4	13,3	11	18,3	X ² =1,002 p=0,253
	Erkek	23	76,7	26	86,7	49	81,7	
Yaşadığı Yer	İl	10	33,3	14	46,7	24	40	X ² =3,725 p=0,155
	İlçe	20	66,7	14	46,7	34	56,6	
	Köy	0	0,0	2	6,7	2	3,3	

Çocukların sosyo-demografik özelliklerine bakıldığında; çalışmaya alınan çocukların sosyo-demografik özellikleri açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı (p>0.05) (Tablo 2).

Çocukların tanı ve operasyon bulgularının dağılımı Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Çocukların Tanı ve Operasyon Bulgularının Dağılımı

		Vaka		Kontrol	
		n	%	n	%
Tanı	Sünnet	14	%46,7	16	%53,3
	Tonsillektomi	2	%6,7	6	%20,0
	İnguinal Herni	0	%0,0	3	%10,0
	Kırık	10	%33,3	1	%3,3
	Kulak Operasyonu	1	%3,3	1	%3,3
	Burun Operasyonu	0	%0,0	1	%3,3
	Apendektomi	1	%3,3	1	%3,3
	Diğer	2	%6,7	1	%3,3
	Operasyon	Sünnet	14	%46,7	16
Tonsillektomi		2	%6,7	6	%20,0
İnguinal Herni		0	%0,0	3	%10,0
Kırık		6	%20,0	0	%0,0
Kulak Operasyonu		1	%3,3	1	%3,3
Burun Operasyonu		0	%0,0	1	%3,3
Apendektomi		1	%3,3	1	%3,3
Diğer		6	%20,0	2	%6,7

Diğer: Platin çıkarılması, Femur Kayması

Vaka grubundaki çocukların tanılarına göre; %46.7 (n=14)'sinin sünnet, %6.7 (n=2)'sinin tonsillektomi, %33 (n=10)'ünün kırık, %3.3 (n=1)'ünün kulak operasyonu, %3.3 (n=1)'ünün apendektomi, %6.7 (n=2)'sinin diğer; kontrol grubundaki çocukların %53.3 (n=16)'ünün sünnet, %20.0 (n=6)'sinin tonsillektomi, %10.0 (n=3)'unun inguinal herni, %3.3 (n=1)'ünün kırık, %3.3 (n=1)'ünün kulak operasyonu, %3.3 (n=1)'ünün 1'i (%3.3) burun operasyonu, %3.3 (n=1)'ünün apendektomi, %3.3 (n=1)'ünün diğer nedenle yatışı olduğu görülmektedir (Tablo3).

Vaka grubundaki çocukların geçirdiği ameliyata göre; %46.7 (n=14)'sinin sünnet, %6.7 (n=2)'sinin tonsillektomi, %20.0 (n=6)'sinin kırık, %3.3 (n=1)'ünün kulak operasyonu, %3.3 (n=1)'ünün apendektomi, %20.0 (n=6)'sinin diğer; kontrol grubundaki çocukların %53.3 (n=16)'ünün sünnet, %20.0 (n=6)'sinin tonsillektomi, %10.0 (n=3)'unun inguinal herni %3.3 (n=1)'ünün kulak operasyonu, %3.3 (n=1)'ünün burun operasyonu, %3.3 (n=1)'ünün apendektomi, %6.7 (n=2)'sinin diğer operasyon olduğu görülmektedir (Tablo 3).

4.2. Ebeveynlerin Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Ebeveynlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=60)

ÖZELLİK		Vaka		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Anne Yaşı	25-29	6	%20,0	0	%0,0	X ² =7,500 p=0,058
	30-34	11	%36,7	13	%43,3	
	35-39	9	%30,0	9	%30,0	
	40 ve üzeri	4	%13,3	8	%26,7	
Anne Eğitim Durumu	Okuryazar	2	%6,7	0	%0,0	X ² =7,487 p=0,058
	İlköğretim	16	%53,3	15	%50,0	
	Lise	10	%33,3	6	%20,0	
Anne Meslek	Üniversite	2	%6,7	9	%30,0	X ² =5,344 p=0,069
	Ev Hanımı	27	%90,0	22	%73,3	
	Memur	1	%3,3	7	%23,3	
Baba Yaşı	Diğer	2	%6,7	1	%3,3	X ² =3,310 p=0,173
	30-34	12	%40,0	2	%6,7	
	35-39	7	%23,3	17	%56,7	
Baba Eğitim Durumu	40 ve üzeri	11	%36,7	11	%36,7	X ² =3,360 p=0,186
	İlköğretim	14	%46,7	9	%30,0	
	Lise	13	%43,3	13	%43,3	
Baba Meslek	Üniversite	3	%10,0	8	%26,7	X ² =4,767 p=0,190
	Memur	6	%20,0	7	%23,3	
	İşçi	18	%60,0	11	%36,7	
Aile Tipi	Emekli	0	%0,0	2	%6,7	X ² =1,497 p=0,683
	Diğer	6	%20,0	10	%33,3	
	Çekirdek Aile	24	%80,0	25	%83,3	
	Geniş Aile	4	%13,3	3	%10,0	
Gelir Durumu	Parçalanmış Aile	1	%3,3	2	%6,7	X ² =3,388 p=0,184
	Koruyucu Aile	1	%3,3	0	%0,0	
	Gelir Giderden Az	5	%16,7	5	%16,7	
Sosyal Güvence	Gelir Gidere Denk	23	%76,7	18	%60,0	X ² =0,351 p=0,500
	Gelir Giderden Fazla	2	%6,7	7	%23,3	
Sosyal Güvence	Var	28	%93,3	29	%96,7	X ² =0,351 p=0,500
	Yok	2	%6,7	1	%3,3	

Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

4.3. Çocukların ve Ebeveynlerinin Hastane ve Ameliyat Deneyimlerine İlişkin Bulgular

Çocukların ve ailelerinin hastane ve ameliyat deneyimlerine ilişkin bulguların dağılımları Tablo 5 ve Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 5. Hastane Deneyimi Bulgularının Dağılımı (n=60)

		Vaka		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Hastaneye Yatış Nedeni	Yatışı Yok	4	%13,3	12	%40,0	$X^2=9,037$ $p=0,060$
	Hastalık	7	%23,3	6	%20,0	
	Ameliyat	16	%53,3	9	%30,0	
	Kaza	2	%6,7	0	%0,0	
	Hastalık ve Ameliyat	1	%3,3	3	%10,0	
Ailenin Hastane Deneyimi Sayısı	1	1	%3,3	3	%10,0	$X^2=2,452$ $p=0,653$
	2	11	%36,7	14	%46,7	
	3	6	%20,0	4	%13,3	
	4	8	%26,7	5	%16,7	
	5 Ve üzeri	4	%13,3	4	%13,3	

Hastaneye yatış nedeni ve ailenin hastane deneyimi sayısı açısından vaka ve kontrol grubu arasından anlamlı fark bulunmadı ($p >0.05$).

Tablo 6. Ameliyat Deneyimi Bulgularının Dağılımı

		Vaka		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Ameliyat Deneyimi	Evet	18	%60,0	13	%43,3	$X^2=1,669$ $p=0,151$
	Hayır	12	%40,0	17	%56,7	
Ameliyat Sayısı	0	12	%40,0	17	%56,7	$X^2=1,753$ $p=0,416$
	1	12	%40,0	8	%26,7	
	2 ve üstü	6	%20,0	5	%16,7	
Ailenin Ameliyat Deneyimi	Evet	29	%96,7	25	%83,3	$X^2=2,963$ $p=0,097$
	Hayır	1	%3,3	5	%16,7	
Ailenin Ameliyat Sayısı	0	1	%3,3	4	%13,3	$X^2=6,275$ $p=0,280$
	1	2	%6,7	5	%16,7	
	2	18	%60,0	11	%36,7	
	3	3	%10,0	6	%20,0	
	4	1	%3,3	1	%3,3	
	5 ve üzeri	5	%16,7	3	%10,0	

Ameliyat deneyimi, ameliyat sayısı, ailenin ameliyat deneyimi, ailenin geçirdiği ameliyat sayısı ve ameliyatta çocuğa analjezik yapılma durumu açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 6).

4.4. Çocukların Ameliyat Öncesi ve Sonrası Tıbbi İşleme Bağlı Korku Puanlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların ameliyat öncesi ve sonrası tıbbi işleme bağlı korku puanlarına ilişkin bulgulara ait tablolar ve açıklamalar yer almaktadır. Çocukların tıbbi işlemler korku ölçeği puan ortalamalarının dağılımı Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Çocukların Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği Alt Boyut Skorları	Zaman Aralıkları	Vaka		Kontrol		MW	p
		Ort	Ss	Ort	Ss		
İşlemsel Boyut Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	11,83	1,80	11,30	1,54	380	0,292
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	12,37	1,96	11,83	1,70	390,5	0,373
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	13,17	1,68	12,83	1,72	412	0,565
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	11,53	1,50	12,57	2,00	302,5	0,027
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5. ölçüm)	10,77	1,33	12,13	1,80	249,5	0,002
Çevresel Boyut Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	10,23	2,37	9,13	1,81	315,5	0,044
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	10,87	2,37	9,77	1,98	319	0,049
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	11,10	2,16	10,80	2,19	405	0,500
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	10,17	1,51	10,70	2,18	404,5	0,494
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5. ölçüm)	9,33	1,30	9,93	2,00	386,5	0,335
Kişisel Boyut Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	5,60	1,55	5,60	1,89	425	0,703
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	6,20	1,45	6,00	1,86	395	0,407
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	7,90	1,73	7,17	2,04	350	0,132
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	6,07	1,51	6,63	1,79	372	0,241
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5. ölçüm)	5,17	1,09	6,30	1,78	284,5	0,012
Kişilerarası Boyut Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	14,23	3,88	13,47	2,99	407,5	0,527
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	15,00	3,57	13,77	3,07	375	0,265
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	14,40	2,82	14,87	3,16	403,5	0,488
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	13,20	2,58	14,83	3,16	309,5	0,037
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5. ölçüm)	12,23	2,25	14,37	3,23	268,5	0,007
Tıbbi İşlem Genel Toplam Puan Skorları	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	41,90	7,64	39,50	6,76	368,5	0,227
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	44,43	7,48	41,37	7,17	353	0,151
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	46,57	6,80	45,67	7,42	447	0,965
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	40,97	5,36	44,73	7,54	312,5	0,042
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5. ölçüm)	37,50	4,78	42,73	7,37	254,5	0,004

Mann Whitney U testi

Vaka grubundaki hastalarda 1.ölçüm ve 2. ölçüm çevresel korku puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). 3. ölçüm, 4.ölçüm ve 5. ölçüm çevresel korku puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

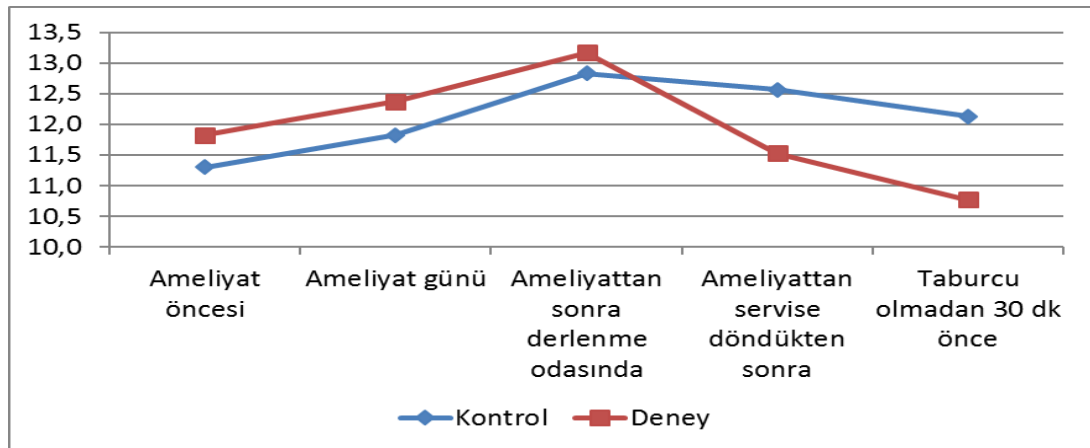
Vaka grubundaki hastalarda 5. ölçüm kişisel korku puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p<0.05$). 1. ölçüm, 2. ölçüm, 3.ölçüm ve 4. ölçüm kişisel korku puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Vaka grubundaki hastalarda 4. ölçüm ve 5. ölçüm kişilerarası korku puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p<0.05$). 1. ölçüm, 2. ölçüm, 3.ölçüm kişilerarası korku puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Vaka grubundaki hastalarda 4. ölçüm ve 5. ölçüm tıbbi işlemler ile ilgili genel korku puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşüktü ($p<0.05$).

1. ölçüm, 2. ölçüm, 3.ölçüm tıbbi işlemler ile ilgili genel korku puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 7).

Çocukların tıbbi işlemler korku ölçeği puan ortalamalarına göre alt boyutlarını ayrıntılı olarak ele aldığımızda;

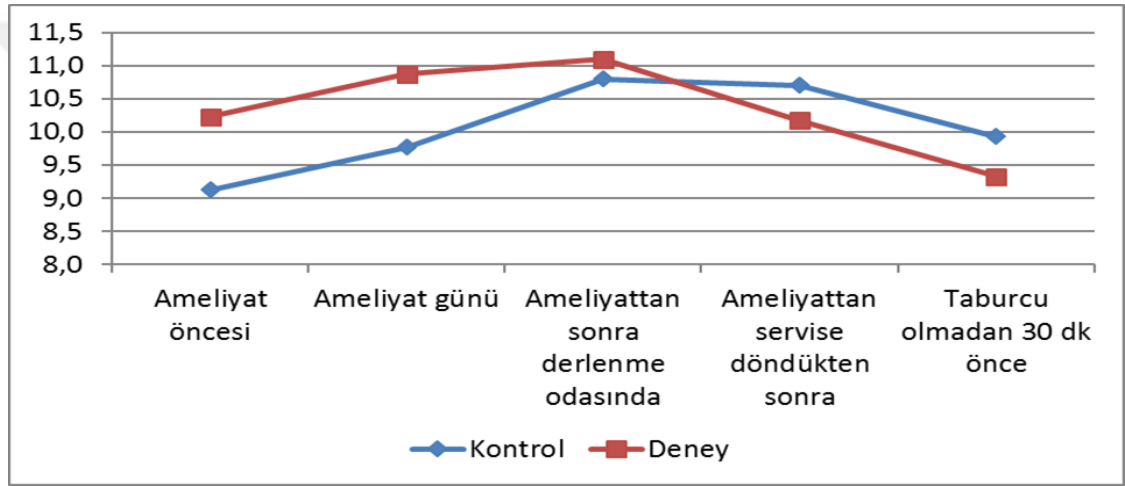


Şekil 2. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi İşlemsel Korku Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm işlemsel korku puanına göre 2. ölçüm işlemsel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 2. ölçüm işlemsel korku

puanına göre, 3.ölçüm işlemsel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm işlemsel korku puanına göre 4. ölçüm işlemsel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm işlemsel korku puanına göre 5. ölçüm işlemsel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 2).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm işlemsel korku puanına göre 2. ölçüm işlemsel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 2. ölçüm işlemsel korku puanına göre 3. ölçüm işlemsel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm işlemsel korku puanına göre 5. ölçüm işlemsel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 2).

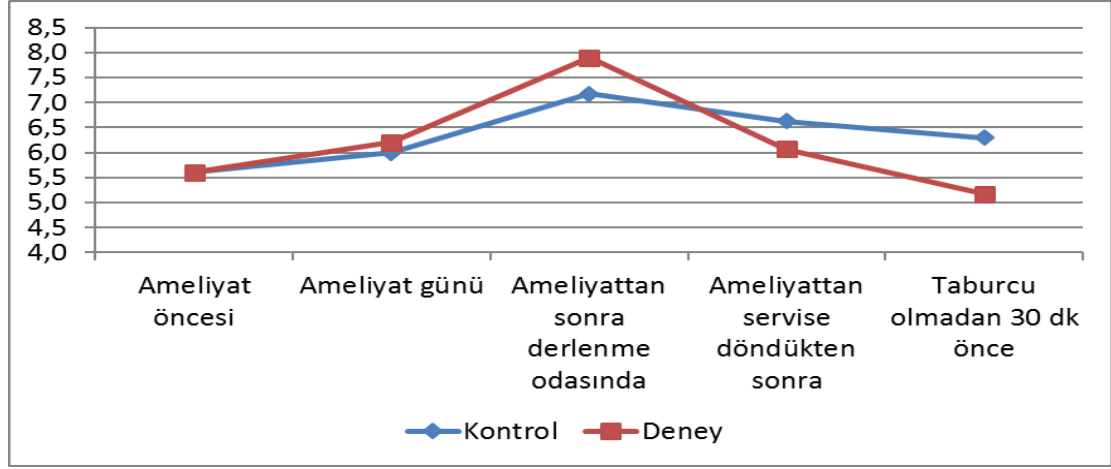


Şekil 3. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi Çevresel Korku Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm çevresel korku puanına göre 2. ölçüm çevresel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 2. ölçüm çevresel korku puanına göre 3. ölçüm çevresel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm çevresel korku puanına göre 4. ölçüm çevresel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm çevresel korku puanına göre 5. ölçüm çevresel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 3).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm çevresel korku puanına göre 2. ölçüm çevresel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 2. ölçüm çevresel korku puanına göre 3. ölçüm çevresel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel

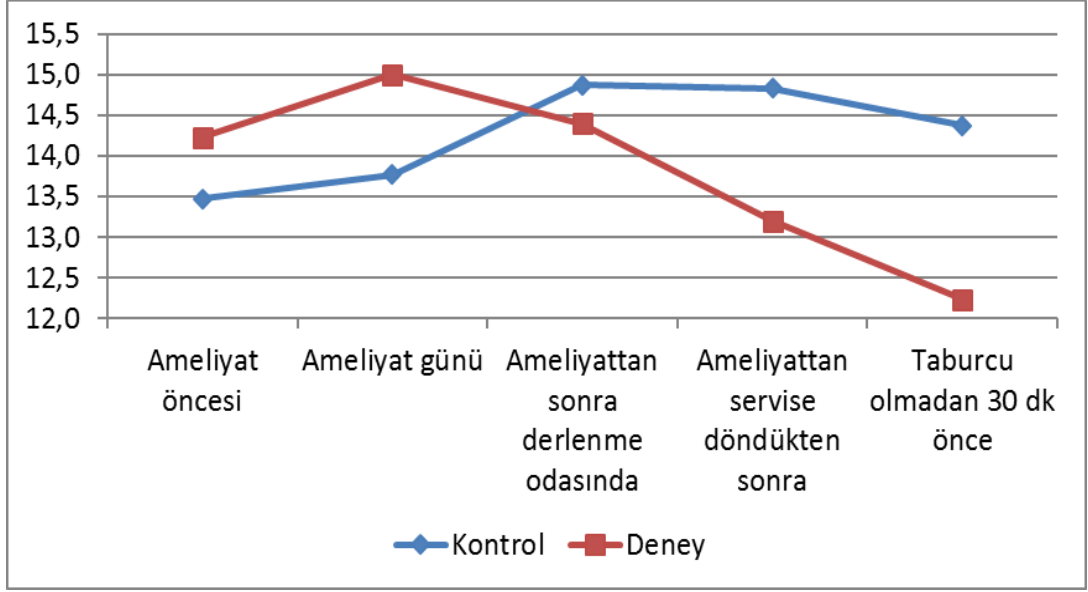
olarak anlamlıydı. 4. ölçüm çevresel korku puanına göre 5. ölçüm çevresel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$)(Şekil 3).



Şekil 4. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi Kişisel Korku Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm kişisel korku puanına göre 2. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 2. ölçüm kişisel korku puanına göre 3. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm kişisel korku puanına göre 4. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm kişisel korku puanına göre 5. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 4).

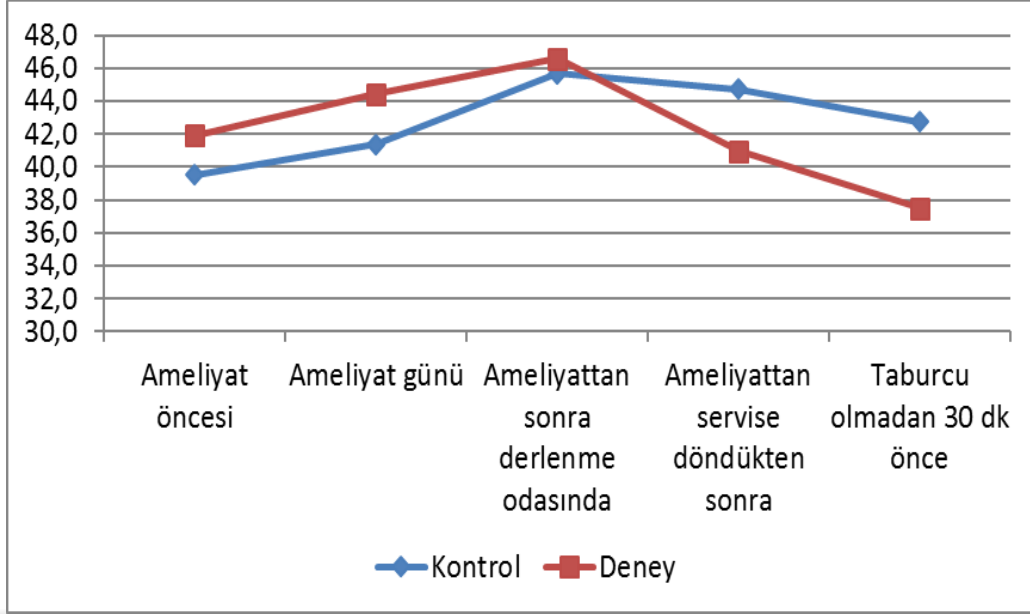
Kontrol grubunda; 1. ölçüm kişisel korku puanına göre 2. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 2. ölçüm kişisel korku puanına göre 3. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm kişisel korku puanına göre 4. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm kişisel korku puanına göre 5. ölçüm kişisel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 4).



Şekil 5. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Düzeyi Kişilerarası (K. Arası) Korku Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 2. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 2. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 3. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 3. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 4. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 4. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 5. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 5).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 2. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi. ($p>0.05$). 2. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 3. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 4. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 4. ölçüm kişiler arası korku puanına göre 5. ölçüm kişiler arası korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 5).



Şekil 6. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlemler Genel Korku Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 6).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanına göre 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 6).

Tıbbi işlemler korku ölçeği puan ortalamalarına tüm grupta bakıldığında zamana göre değişimleri Tablo 8' de verilmiştir.

Tablo 8. Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Tüm Grup Puan Ortalamalarının Zamana Göre Dağılımı (n=60)

	Ort	Ss	Min.	Max.
1. ölçüm İşlemsel Korku	11,570	1,681	9	16
2. ölçüm İşlemsel Korku	12,100	1,838	9	16
3. ölçüm İşlemsel Korku	13,000	1,697	9	17
4. ölçüm İşlemsel Korku	12,050	1,827	9	16
5. ölçüm İşlemsel Korku	11,450	1,712	9	15
1. ölçüm Çevresel Korku	9,680	2,167	7	17
2. ölçüm Çevresel Korku	10,320	2,236	8	17
3. ölçüm Çevresel Korku	10,950	2,158	8	18
4. ölçüm Çevresel Korku	10,430	1,881	8	16
5. ölçüm Çevresel Korku	9,630	1,697	7	15
1. ölçüm Kişisel Korku	5,600	1,709	4	10
2. ölçüm Kişisel Korku	6,100	1,654	4	10
3. ölçüm Kişisel Korku	7,530	1,909	4	11
4. ölçüm Kişisel Korku	6,350	1,665	4	10
5. ölçüm Kişisel Korku	5,730	1,572	4	10
1. ölçüm Kişilerarası Korku	13,850	3,458	9	24
2. ölçüm Kişilerarası Korku	14,380	3,360	9	23
3. ölçüm Kişilerarası Korku	14,630	2,980	9	21
4. ölçüm Kişilerarası Korku	14,020	2,977	9	20
5. ölçüm Kişilerarası Korku	13,300	2,965	9	19
1. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	40,700	7,252	29	61
2. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	42,900	7,426	30	62
3. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	46,120	7,066	30	61
4. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	42,850	6,757	30	55
5. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	40,120	6,700	30	55

Çocukların 1. ölçüm işlemsel korku düzeyi (11.570 ± 1.681); 2. ölçüm işlemsel korku düzeyi (12.100 ± 1.838); 3. ölçüm işlemsel korku düzeyi (13.000 ± 1.697); 4. ölçüm işlemsel korku düzeyi (12.050 ± 1.827); 5. ölçüm işlemsel korku düzeyi (11.450 ± 1.712); 1. ölçüm çevresel korku düzeyi (9.680 ± 2.167); 2. ölçüm çevresel korku düzeyi (10.320 ± 2.236); 3. ölçüm çevresel korku düzeyi (10.950 ± 2.158); 4. ölçüm çevresel korku düzeyi (10.430 ± 1.881); 5. ölçüm çevresel korku düzeyi (9.630 ± 1.697); 1. ölçüm kişisel korku düzeyi (5.600 ± 1.709); 2. ölçüm kişisel korku düzeyi (6.100 ± 1.654); 3. ölçüm kişisel korku düzeyi (7.530 ± 1.909); 4. ölçüm kişisel korku düzeyi (6.350 ± 1.665); 5. ölçüm kişisel korku düzeyi (5.730 ± 1.572); 1. ölçüm kişilerarası korku düzeyi (13.850 ± 3.458); 2. ölçüm kişilerarası korku düzeyi (14.380 ± 3.360); 3. ölçüm kişilerarası korku düzeyi (14.630 ± 2.980); 4. ölçüm kişilerarası korku düzeyi (14.020 ± 2.977); 5. ölçüm kişilerarası korku düzeyi (13.300 ± 2.965); 1. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyi (40.700 ± 7.252); 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyi (42.900 ± 7.426); 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyi (46.120 ± 7.066); 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyi (42.850 ± 6.757); 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyi (40.120 ± 6.700) olarak hesaplandı (Tablo 8).

Tüm grupta tıbbi işlemler korku ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimini görmek için Wilcoxon işaret testi kullanılmış ve ölçeğin tüm boyutlarındaki zamana göre değişim Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9. Tıbbi İşlemler Korku Ölçeği Alt Boyut Korku Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması (n=60)

	Wilcoxon Z	p
2. ölçüm işlemsel korku - 1. ölçüm işlemsel korku	-3,422 ^b	,001
3. ölçüm işlemsel korku - 2. ölçüm işlemsel korku	-4,471 ^b	,000
4. ölçüm işlemsel korku - 3. ölçüm işlemsel korku	-4,546 ^c	,000
5. ölçüm işlemsel korku - 4. ölçüm işlemsel korku	-4,650 ^c	,000
2. ölçüm çevresel korku - 1. ölçüm çevresel korku	-4,157 ^b	,000
3. ölçüm çevresel korku - 2. ölçüm çevresel korku	-3,899 ^b	,000
4. ölçüm çevresel korku - 3. ölçüm çevresel korku	-3,356 ^c	,001
5. ölçüm çevresel korku - 4. ölçüm çevresel korku	-5,145 ^c	,000
2. ölçüm kişisel korku - 1. ölçüm kişisel korku	-3,587 ^b	,000
3. ölçüm kişisel korku - 2. ölçüm kişisel korku	-5,883 ^b	,000
4. ölçüm kişisel korku - 3. ölçüm kişisel korku	-4,920 ^c	,000
5. ölçüm kişisel korku - 4. ölçüm kişisel korku	-4,320 ^c	,000
2. ölçüm k.arası korku - 1. ölçüm k.arası korku	-2,267 ^b	,023
3. ölçüm k.arası korku - 2. ölçüm k.arası korku	-,853 ^b	,393
4. ölçüm k.arası korku - 3. ölçüm k.arası korku	-3,145 ^c	,002
5. ölçüm k.arası korku - 4. ölçüm k.arası korku	-4,281 ^c	,000
2. ölçüm genel korku - 1. ölçüm genel korku	-4,604 ^b	,000
3. ölçüm genel korku - 2. ölçüm genel korku	-5,390 ^b	,000
4. ölçüm genel korku - 3. ölçüm genel korku	-5,266 ^c	,000
5. ölçüm genel korku - 4. ölçüm genel korku	-5,925 ^c	,000

Wilcoxon Signed Ranks Test.

Çocukların 1. ölçüm **işlemsel korku** düzeyine göre, 2. ölçüm işlemsel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı (p=0,001). 2. ölçüm işlemsel korku düzeyine göre, 3. ölçüm işlemsel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı (p=0,000). 3. ölçüm işlemsel korku düzeyine göre, 4. ölçüm işlemsel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı (p=0,000). 4. ölçüm işlemsel korku düzeyine göre, 5. ölçüm işlemsel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı (p=0,000) (Tablo 9).

Çocukların 1. ölçüm **çevresel korku** düzeyine göre, 2. ölçüm çevresel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 2. ölçüm çevresel korku düzeyine göre, 3. ölçüm çevresel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 3. ölçüm çevresel korku düzeyine göre, 4. ölçüm çevresel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,001$). 4. ölçüm çevresel korku düzeyine göre, 5. ölçüm çevresel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$) (Tablo 9).

Çocukların 1. ölçüm **kişisel korku** düzeyine göre, 2. ölçüm kişisel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 2. ölçüm kişisel korku düzeyine göre, 3. ölçüm kişisel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 3. ölçüm kişisel korku düzeyine göre, 4. ölçüm kişisel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 4. ölçüm kişisel korku düzeyine göre, 5. ölçüm kişisel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$) (Tablo 9).

Çocukların 1. ölçüm **kişilerarası korku** düzeyine göre, 2. ölçüm kişilerarası korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,023$). 2. ölçüm kişilerarası korku düzeyine göre, 3. ölçüm kişilerarası korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlı değildi ($p=0,393$). 3. ölçüm kişilerarası korku düzeyine göre, 4. ölçüm kişilerarası korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,002$). 4. ölçüm kişilerarası korku düzeyine göre, 5. ölçüm kişilerarası korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$) (Tablo 9).

Çocukların 1. ölçüm **tıbbi işlemler genel korku düzeyine** göre, 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyine göre, 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyine göre, 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyine göre, 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$) (Tablo 9).

4.5. Çocukların Ameliyat Öncesi ve Sonrası ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların ameliyat öncesi ve sonrası ÇADİ ölçek puanlarına ilişkin bulgulara ait tablolar ve açıklamaları yer almaktadır.

Çocukların ÇADİ ölçek puan ortalamalarının dağılımı Tablo 10’da verilmiştir.

Tablo 10. Çocukların ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÇADİ Ölçek	Zaman Aralıkları	Vaka		Kontrol		MW Ort	p Ss
		Ort	Ss	Ort	Ss		
Alt Boyut							
Skorları							
ÇADİ Sosyal AD Puan	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	6,40	1,28	5,70	1,75	349	0,128
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	6,63	1,45	5,73	1,70	315,5	0,043
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	6,80	1,54	6,17	1,53	351	0,136
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	6,67	1,56	6,20	1,50	381,5	0,302
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	6,43	1,61	6,13	1,53	415	0,598
ÇADİ Bilişsel AD Puan	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	4,30	1,71	3,97	1,61	391,5	0,338
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	4,43	1,70	4,07	1,64	381	0,270
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	4,40	1,69	4,27	1,66	429,5	0,748
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	4,13	1,57	4,27	1,70	439,5	0,868
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	4,00	1,53	4,27	1,70	405	0,470
ÇADİ Fiziksel AD Puan	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	21,27	6,13	17,73	4,93	298	0,024
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	23,77	5,57	19,57	4,76	245,5	0,002
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	26,40	5,17	24,13	5,03	336,5	0,093
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	22,77	4,58	24,03	5,41	404	0,495
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	19,60	3,77	22,70	5,23	298	0,024
ÇADİ Toplam AD Puan	Ameliyat öncesi (1. ölçüm)	31,97	6,87	27,40	6,54	260	0,005
	Ameliyat günü (2. ölçüm)	34,83	6,52	29,37	6,32	223,5	0,001
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	37,60	6,20	34,57	6,31	327,5	0,070
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	33,57	5,56	34,50	6,69	427	0,733
	Taburcu olmadan 30 dk önce (5.ölçüm)	30,03	4,61	33,10	6,51	313,5	0,042

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık; Mann Whitney U testi

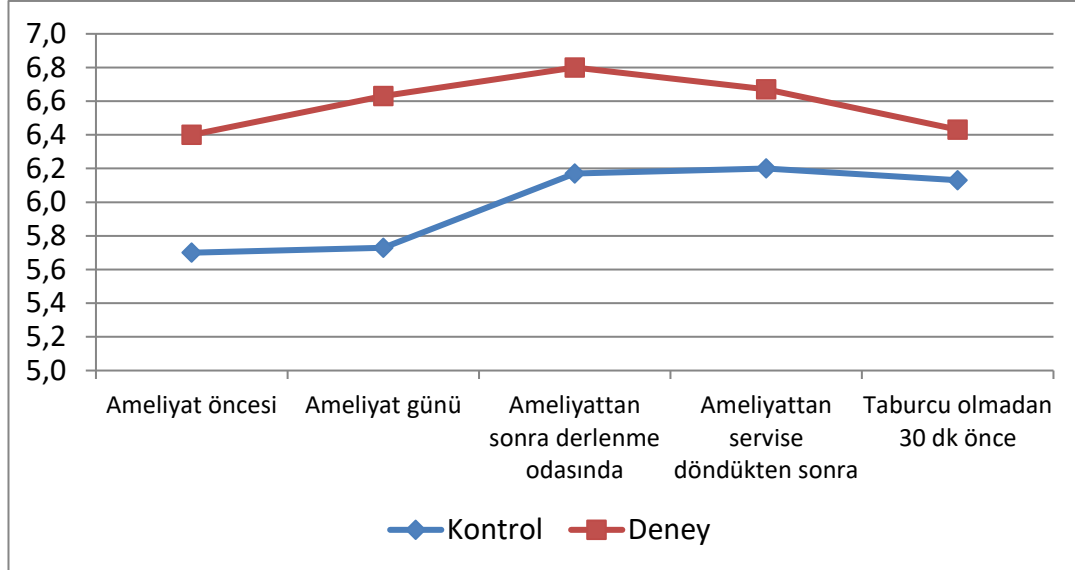
Vaka grubundaki hastalarda 2. ölçüm Sosyal AD puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). 1. ölçüm, 3. ölçüm, 4. ölçüm, 5. ölçüm Sosyal AD puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 10).

5. ölçüm sonucunda Bilişsel AD bulguları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Vaka grubundaki hastalarda 1. ölçüm, 2. ölçüm ve 5. ölçüm Fiziksel AD puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). 3. ölçüm ve 4. ölçüm Fiziksel AD puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 10).

Vaka grubundaki hastalarda 1. ölçüm, 2. ölçüm ve 5. ölçüm Toplam AD puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). 3. ölçüm, Toplam AD puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 10).

Çocukların ÇADİ'ye göre alt boyutlarını ayrıntılı olarak ele aldığımızda;



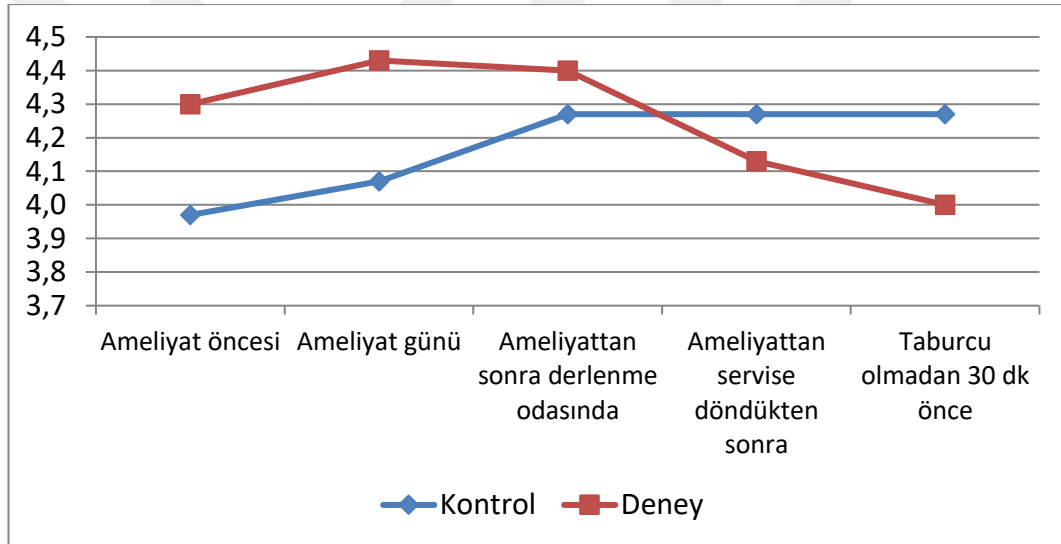
ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık

Şekil 7. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Sosyal AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm Sosyal AD puanına göre 2. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 2. ölçüm Sosyal AD puanına göre 3. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen artış

istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 3. ölçüm Sosyal AD puanına göre 4. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 4. ölçüm Sosyal AD puanına göre 5. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 7).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm Sosyal AD puanına göre 2. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 2. ölçüm Sosyal AD puanına göre 3. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm Sosyal AD puanına göre 4. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 4. ölçüm Sosyal AD puanına göre 5. ölçüm Sosyal AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$) (Şekil 7).

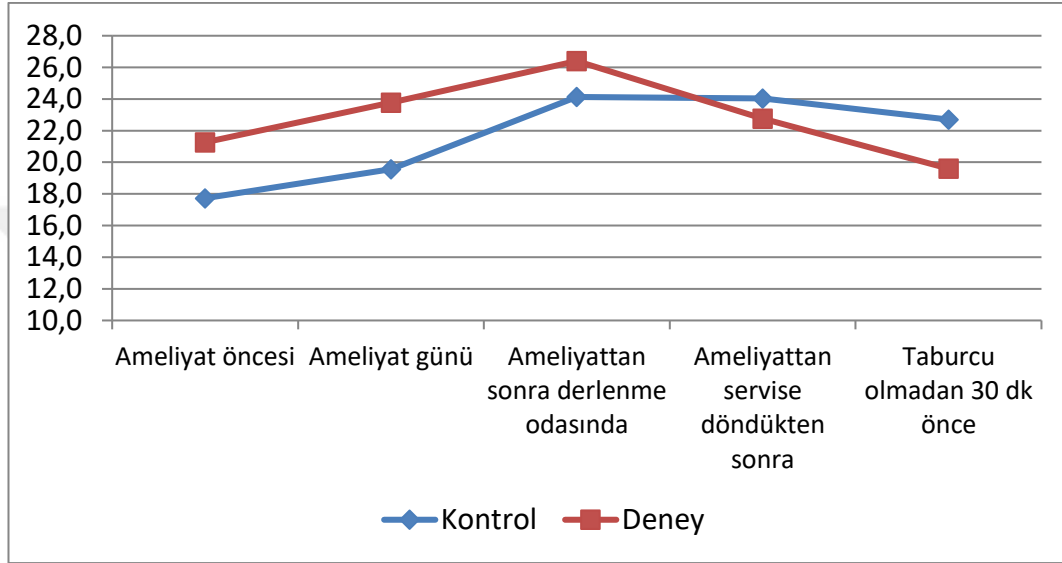


ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık

Şekil 8. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Bilşsel AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm Bilşsel AD puanına göre 2. ölçüm Bilşsel AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 2. ölçüm Bilşsel AD puanına göre 3. ölçüm Bilşsel AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 3. ölçüm Bilşsel AD puanına göre 4. ölçüm Bilşsel AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 4. ölçüm Bilşsel AD puanına göre 5. ölçüm Bilşsel AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 8).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm Bilişsel AD puanına göre 2. ölçüm Bilişsel AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 2. ölçüm Bilişsel AD puanına göre 3. ölçüm Bilişsel AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm Bilişsel AD puanına göre 4. ölçüm Bilişsel AD puanında meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 4. ölçüm Bilişsel AD puanına göre 5. ölçüm Bilişsel AD puanında meydana gelen değişim istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$) (Şekil 8).



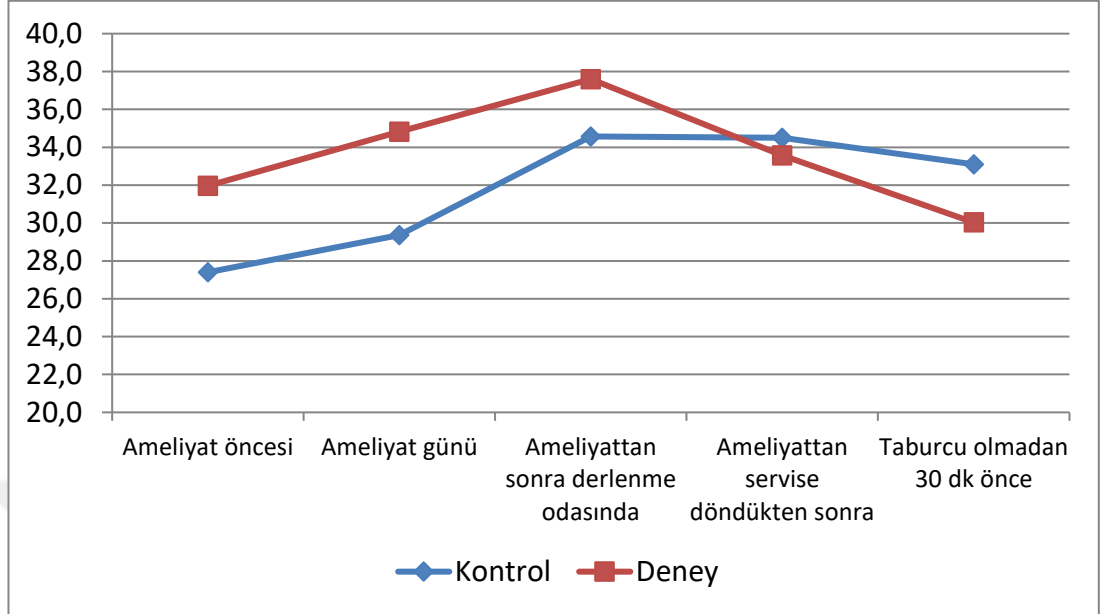
ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık

Şekil 9. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Fiziksel AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 2. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 2. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 3. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 4. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 4. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 5. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 9).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 2. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 2. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 3. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 4. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$).

4. ölçüm Fiziksel AD puanına göre 5. ölçüm Fiziksel AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 9).



ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık

Şekil 10. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası ÇADİ Toplam AD Alt Boyutunun Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 1. ölçüm Toplam AD puanına göre 2. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 2. ölçüm Toplam AD puanına göre 3. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm Toplam AD puanına göre 4. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 4. ölçüm Toplam AD puanına göre 5. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 10).

Kontrol grubunda; 1. ölçüm Toplam AD puanına göre 2. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 2. ölçüm Toplam AD puanına göre, 3. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen artış istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). 3. ölçüm Toplam AD puanına göre, 4. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlı değildi ($p>0.05$). 4. ölçüm Toplam AD puanına göre, 5. ölçüm Toplam AD puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 10).

ÇADİ ölçeği puan ortalamalarına tüm grupta bakıldığında zamana göre değişimleri Tablo 11' de verilmiştir.

Tablo 11. ÇADİ Ölçeği ve Ölçek Alt Boyutları Tüm Grup Puan Ortalamalarının Zamana Göre Dağılımı

	Ort	Ss	Min.	Max.
1. ölçüm Sosyal Ad	6,050	1,556	3	9
2. ölçüm Sosyal Ad	6,180	1,631	3	9
3. ölçüm Sosyal Ad	6,480	1,557	3	9
4. ölçüm Sosyal Ad	6,430	1,533	3	9
5. ölçüm Sosyal Ad	6,280	1,563	3	9
1. ölçüm Bilişsel Ad	4,130	1,652	3	9
2. ölçüm Bilişsel Ad	4,250	1,663	3	9
3. ölçüm Bilişsel Ad	4,330	1,664	3	9
4. ölçüm Bilişsel Ad	4,200	1,624	3	9
5. ölçüm Bilişsel Ad	4,130	1,610	3	9
1. ölçüm Fiziksel Ad	19,500	5,795	12	36
2. ölçüm Fiziksel Ad	21,670	5,556	13	36
3. ölçüm Fiziksel Ad	25,270	5,184	16	36
4. ölçüm Fiziksel Ad	23,400	5,009	12	36
5. ölçüm Fiziksel Ad	21,150	4,783	12	36
1. ölçüm Toplam Ad	29,680	7,036	20	54
2. ölçüm Toplam Ad	32,100	6,937	21	54
3. ölçüm Toplam Ad	36,080	6,384	25	54
4. ölçüm Toplam Ad	34,030	6,117	23	54
5. ölçüm Toplam Ad	31,570	5,803	22	54

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık.

Çocukların 1. ölçüm Sosyal AD düzeyi (6.050 ± 1.556); 2. ölçüm Sosyal AD düzeyi (6.180 ± 1.631); 3. ölçüm Sosyal AD düzeyi (6.480 ± 1.557); 4. ölçüm Sosyal AD düzeyi (6.430 ± 1.533); 5. ölçüm Sosyal AD düzeyi (6.280 ± 1.563); 1. ölçüm Bilişsel AD düzeyi (4.130 ± 1.652); 2. ölçüm Bilişsel AD düzeyi (4.250 ± 1.663); 3. ölçüm Bilişsel AD düzeyi (4.330 ± 1.664); 4. ölçüm Bilişsel AD düzeyi (4.200 ± 1.624); 5. ölçüm Bilişsel AD düzeyi (4.130 ± 1.610); 1. ölçüm Fiziksel AD düzeyi (19.500 ± 5.795); 2. ölçüm Fiziksel AD düzeyi (21.670 ± 5.556); 3. ölçüm Fiziksel AD düzeyi (25.270 ± 5.184); 4. ölçüm Fiziksel AD düzeyi (23.400 ± 5.009); 5. ölçüm Fiziksel AD düzeyi (21.150 ± 4.783); 1. ölçüm Toplam AD düzeyi (29.680 ± 7.036);

2. ölçüm Toplam AD düzeyi (32.100 ± 6.937); 3. ölçüm Toplam AD düzeyi (36.080 ± 6.384); 4. ölçüm Toplam AD düzeyi (34.030 ± 6.117); 5. ölçüm Toplam AD düzeyi (31.570 ± 5.803) olarak hesaplandı (Tablo 11).

Tüm grupta ÇADİ ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimini görmek için Wilcoxon işaret testi kullanılmış ve ölçeğin tüm boyutlarındaki zamana göre değişim Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. ÇADİ Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması (n=60)

	Wilcoxon Z	p
2. ölçüm Sosyal AD - 1. ölçüm Sosyal AD	-1,602 ^B	,109
3. ölçüm Sosyal AD - 2. ölçüm Sosyal AD	-3,014 ^B	,003
4. ölçüm Sosyal AD - 3. ölçüm Sosyal AD	-,832 ^c	,405
5. ölçüm Sosyal AD - 4. ölçüm Sosyal AD	-2,714 ^c	,007
2. ölçüm Bilişsel AD - 1. ölçüm Bilişsel AD	-1,897 ^B	,058
3. ölçüm Bilişsel AD - 2. ölçüm Bilişsel AD	-1,667 ^B	,096
4. ölçüm Bilişsel AD - 3. ölçüm Bilişsel AD	-1,994 ^c	,046
5. ölçüm Bilişsel AD - 4. ölçüm Bilişsel AD	-2,000 ^c	,046
2. ölçüm Fiziksel AD - 1. ölçüm Fiziksel AD	-5,000 ^B	,000
3. ölçüm Fiziksel AD - 2. ölçüm Fiziksel AD	-6,029 ^B	,000
4. ölçüm Fiziksel AD - 3. ölçüm Fiziksel AD	-4,144 ^c	,000
5. ölçüm Fiziksel AD - 4. ölçüm Fiziksel AD	-5,321 ^c	,000
2. ölçüm Toplam AD - 1. ölçüm Toplam AD	-4,924 ^B	,000
3. ölçüm Toplam AD - 2. ölçüm Toplam AD	-6,006 ^B	,000
4. ölçüm Toplam AD - 3. ölçüm Toplam AD	-4,142 ^c	,000
5. ölçüm Toplam AD - 4. ölçüm Toplam AD	-5,380 ^c	,000

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık; Wilcoxon Signed Ranks Test

Çocukların 1. ölçüm sosyal AD düzeyine göre, 2. ölçüm Sosyal AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlı değildi ($p=0,109$). 2. ölçüm Sosyal AD düzeyine göre,

3. ölçüm Sosyal AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,003$).
3. ölçüm Sosyal AD düzeyine göre, 4. ölçüm Sosyal AD düzeyinde meydana gelen
değişim anlamlı değildi. ($p=0,003$) 4. ölçüm Sosyal AD düzeyine göre, 5. ölçüm
Sosyal AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı. ($p=0,007$) (Tablo 12).

Çocukların 1. ölçüm Bilişsel AD düzeyine göre, 2. ölçüm Bilişsel AD
düzeyinde meydana gelen değişim anlamlı değildi ($p=0,058$). 2. ölçüm Bilişsel AD
düzeyine göre, 3. ölçüm Bilişsel AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlı değildi
($p=0,096$). 3. ölçüm Bilişsel AD düzeyine göre, 4. ölçüm Bilişsel AD düzeyinde
meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,046$). 4. ölçüm Bilişsel AD düzeyine göre,
5. ölçüm Bilişsel AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,046$)
(Tablo 12).

Çocukların 1. ölçüm Fiziksel AD düzeyine göre, 2. ölçüm Fiziksel AD
düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 2. ölçüm Fiziksel AD
düzeyine göre, 3. ölçüm Fiziksel AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı
($p=0,000$). 3. ölçüm Fiziksel AD düzeyine göre, 4. ölçüm Fiziksel AD düzeyinde
meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 4. ölçüm Fiziksel AD düzeyine göre,
5. ölçüm Fiziksel AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$)
(Tablo 12).

Çocukların 1. ölçüm Toplam AD düzeyine göre, 2. ölçüm Toplam AD
düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı. ($p=0,000$). 2. ölçüm Toplam AD
düzeyine göre, 3. ölçüm Toplam AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı
($p=0,000$). 3. ölçüm Toplam AD düzeyine göre, 4. ölçüm Toplam AD düzeyinde
meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 4. ölçüm Toplam AD düzeyine göre,
5. ölçüm Toplam AD düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$)
(Tablo 12).

4.6. Çocukların Ameliyat Sonrası Ağrı Ölçekleri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde çocukların ameliyat sonrası FLACC ve VAS ölçeklerine göre ortalama ağrı puan ortalamalarına ilişkin bulgulara ait tablolar ve açıklamaları yer almaktadır.

Çocukların ağrı ölçekleri (FLACC ve VAS) puan ortalamalarının dağılımı Tablo 13’de verilmiştir.

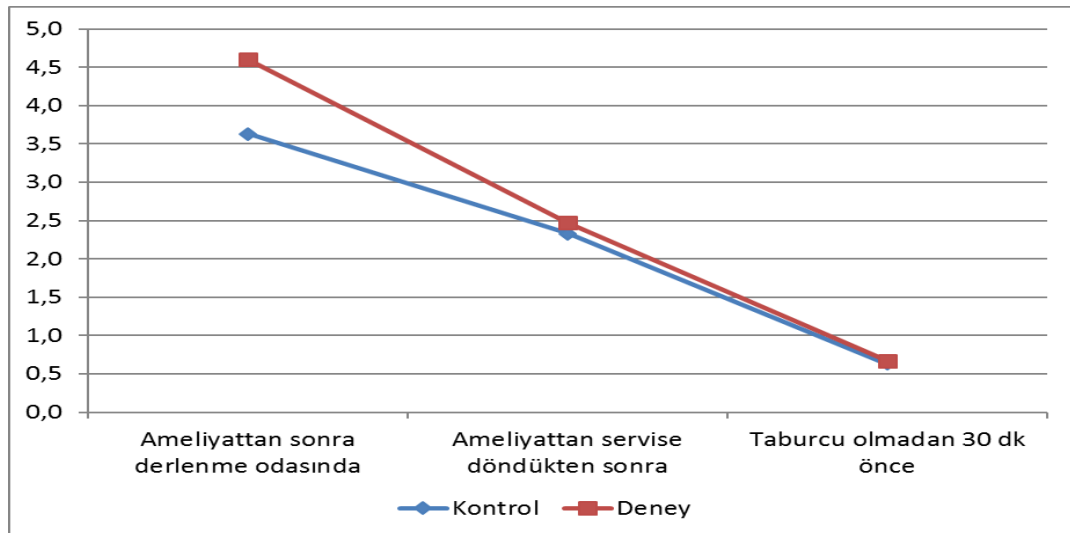
Tablo 13. Çocukların Ağrı Ölçekleri (FLACC ve VAS) Puan Ortalamalarının Dağılımı

ÖLÇEK	ZAMAN ARALIĞI	Vaka		Kontrol		MW	p
		Ort	Ss	Ort	Ss		
FLACC	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	4,60	1,81	3,63	2,04	327,5	0,063
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	2,47	1,85	2,33	1,97	423,5	0,690
VAS	Taburcu olmadan 30 dk. önce	0,67	1,24	0,63	1,22	447	0,956
	Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm)	8,20	1,56	6,83	2,15	282	0,011
	Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm)	5,43	2,29	5,13	2,37	428	0,738
	Taburcu olmadan 30 dk. önce	2,53	1,89	2,60	1,63	415,5	0,601

VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası; FLACC: Davranışsal Ağrı Ölçeği

3. ölçüm, 4. ölçüm ve 5. ölçüm sonuçları ile FLACC bulguları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Vaka grubundaki hastalarda 3. ölçüm VAS puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti ($p<0.05$). 4. ölçüm, 5. ölçüm VAS bulguları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 13).

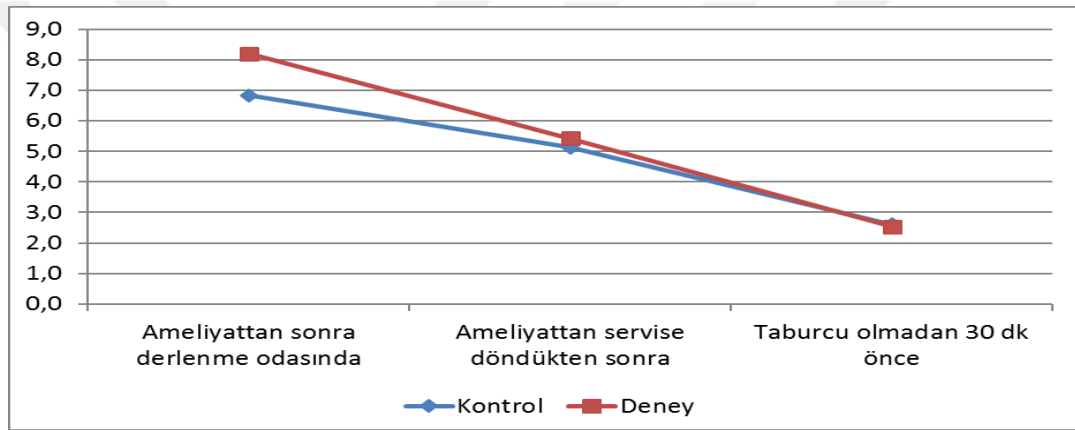


FLACC: Davranışsal Ağrı Ölçeği

Şekil 11. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası FLACC Ağrı Ölçeği Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 3. ölçüm FLACC puanına göre 4. ölçüm FLACC puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm FLACC puanına göre 5. ölçüm FLACC puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm FLACC puanına göre 5. ölçüm FLACC puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 11).

Kontrol grubunda; 3. ölçüm FLACC puanına göre 4. ölçüm FLACC puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm FLACC puanına göre 5. ölçüm FLACC puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm FLACC puanına göre 5. ölçüm FLACC puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 11).



VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası

Şekil 12. Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası VAS Ağrı Ölçeği Gruplara Göre Puan Dağılımları

Vaka grubunda; 3. ölçüm VAS puanına göre 4. ölçüm VAS puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm VAS puanına göre 5. ölçüm VAS puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm VAS puanına göre 5. ölçüm VAS puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 12).

Kontrol grubunda; 3. ölçüm VAS puanına göre 4. ölçüm VAS puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 3. ölçüm VAS puanına göre 5. ölçüm VAS puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı. 4. ölçüm VAS puanına göre 5. ölçüm VAS puanında meydana gelen düşüş istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$) (Şekil 12).

FLACC ve VAS ağrı ölçeği puan ortalamalarına tüm grupta bakıldığında zamana göre değişimleri Tablo 14’ de verilmiştir.

Tablo 14. FLACC ve VAS Ağrı Ölçeği Tüm Grup Puan Ortalamalarının Zamana Göre Dağılımı

	Ort	Ss	Min.	Max.
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Flacc	4,120	1,975	0	9
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Flacc	2,400	1,897	0	7
Taburcu olmadan 30 dk önce (5. ölçüm) Flacc	0,650	1,219	0	5
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Vas	7,520	1,987	2	10
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Vas	5,280	2,315	0	10
Taburcu olmadan 30 dk önce (5. ölçüm)Vas	2,570	1,750	0	9

FLACC: Davranışsal Ağrı Ölçeği;VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası

Çocukların 3. ölçüm FLACC ağrı puanı (4.120 ± 1.975); 4. ölçüm FLACC düzeyi (2.400 ± 1.897); 5. ölçüm FLACC ağrı puanı (0.650 ± 1.219); 3. ölçüm VAS ağrı puanı (7.520 ± 1.987); 4. ölçüm VAS ağrı puanı (5.280 ± 2.315); 5. ölçüm VAS ağrı puanı (2.570 ± 1.750) olarak hesaplanmıştır (Tablo 14).

Tüm grupta FLACC ve VAS ağrı ölçeği puan ortalamalarının zamana göre değişimini görmek için Wilcoxon işaret testi kullanılmış ve ölçeklerin zamana göre değişim Tablo 15’te verilmiştir.

Tablo 15. FLACC ve VAS Ağrı Ölçeği Alt Boyut Puan Ortalamalarının Ölçüm Zamanlarına Göre Karşılaştırılması (n=60)

	Wilcoxon Z	p
4. ölçüm FLACC – 3. ölçüm FLACC	-5,507 ^b	,000
5. ölçüm FLACC- 4. ölçüm FLACC	-5,924 ^b	,000
4. ölçüm VAS – 3. ölçüm VAS	-5,783 ^b	,000
5. ölçüm VAS- 4. ölçüm VAS	-6,270 ^b	,000

FLACC: Davranışsal Ağrı Ölçeği; VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası; Wilcoxon Signed Ranks Test; b: Based on positive ranks.

Çocukların 3. ölçüm FLACC ağrı puanına göre 4. ölçüm FLACC düzeyinde meydana gelen değişim anlamlıydı ($p=0,000$). 4. ölçüm FLACC ağrı puanına göre

5. ölçüm FLACC ağrı puanında meydana gelen değişim anlamlıydı (p=0,000). 3. ölçüm VAS ağrı puanına göre 4. ölçüm VAS ağrı puanında meydana gelen değişim anlamlıydı (p=0,000). 4. ölçüm VAS ağrı puanına göre 5. ölçüm VAS ağrı puanında meydana gelen değişim anlamlıydı. (p=0,000).

4.7. Ölçeklerin Sosyo-Demografik Özelliklerle Karşılaştırma Bulguları

Bu bölümde çocukların ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ile anksiyete, korku ve ağrı ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları ve karşılaştırmaları bulunmaktadır.

Gruplara göre ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası çocukların yaş ve cinsiyet ile tıbbi işlem korku puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 16- 17’de verilmiştir.

Tablo 16. Çocukların Yaş Ortalamaları İle Ameliyat Sonrası ve Ameliyat Öncesi Tıbbi İşlem Korku Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Yaş	N	Ort	Ss	KW	p
Ameliyat öncesi (1. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	6	25	41,600	8,520	3,110	0,540
	7	10	38,400	8,003		
	8	9	39,220	7,612		
	9	7	40,860	3,761		
	10 ve üstü	9	42,110	3,951		
Ameliyat günü (2. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	6	25	43,280	8,507	2,503	0,644
	7	10	40,100	6,454		
	8	9	43,670	7,906		
	9	7	43,000	7,853		
	10 ve üstü	9	44,110	4,622		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	6	25	45,880	8,428	4,033	0,402
	7	10	44,300	5,945		
	8	9	48,890	6,133		
	9	7	48,000	6,403		
	10 ve üstü	9	44,560	5,318		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	6	25	42,600	7,382	1,410	0,842
	7	10	42,800	7,269		
	8	9	44,440	6,616		
	9	7	44,000	5,132		
	10 ve üstü	9	41,110	6,528		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	6	25	40,840	6,926	1,190	0,880
	7	10	40,100	8,399		
	8	9	41,110	7,407		
	9	7	38,710	5,251		
	10 ve üstü	9	38,220	4,868		

Kolmogorov - Smirnov dağılım testi

Çocukların 5 ölçüm sonucunda tıbbi işlemler genel korku puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek

amacıyla yapılan Kruskal Wallis H-Testi sonuçlarına göre; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

Çocukların cinsiyetleri ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası tıbbi işlem korku puan ortalamalarının dağılımı Tablo 17 'de verilmiştir.

Tablo 17. Çocukların Cinsiyetleri İle Ameliyat Öncesi ve Ameliyat Sonrası Tıbbi İşlem Korku Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Cinsiyet	N	Ort	Ss	MW	p
Ameliyat öncesi (1. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	Kız	11	39,270	5,479	233,500	0,491
	Erkek	49	41,020	7,603		
Ameliyat günü (2. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	Kız	11	42,820	6,385	262,000	0,886
	Erkek	49	42,920	7,700		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	Kız	11	45,550	6,802	262,000	0,886
	Erkek	49	46,240	7,187		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	Kız	11	43,270	7,212	249,000	0,695
	Erkek	49	42,760	6,725		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	Kız	11	39,820	6,290	264,000	0,916
	Erkek	49	40,180	6,849		

Mann Whitney U testi.

Çocukların 5 ölçüm sonucunda tıbbi işlemler genel korku puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 17).

Çocukların yaş ortalamaları ile ÇADİ ölçek toplam puanlarının karşılaştırılması Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Çocukların Yaş Ortalamaları ile ÇADİ Ölçek Toplam Puanlarının Dağılımı

	Yaş	N	Ort	Ss	KW	p
Ameliyat öncesi (1. ölçüm) Bilişsel AD	6	25	3,800	1,384		
	7	10	4,400	1,578		
	8	9	4,000	2,000	7,296	0,121
	9	7	5,570	2,070		
	10 ve üstü	9	3,780	1,394		
Ameliyat günü (2. ölçüm) Bilişsel AD	6	25	3,840	1,434		
	7	10	4,700	1,494		
	8	9	4,330	2,062	10,515	0,033
	9	7	5,710	1,890		
	10 ve üstü	9	3,670	1,323		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Bilişsel AD	6	25	3,880	1,481		
	7	10	4,800	1,549		
	8	9	4,440	1,944	9,826	0,043
	9	7	5,710	1,890		
	10 ve üstü	9	3,890	1,364		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Bilişsel AD	6	25	3,800	1,500		
	7	10	4,700	1,567		
	8	9	4,220	1,856	12,163	0,016
	9	7	5,710	1,890		
	10 ve üstü	9	3,560	0,726		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm) Bilişsel AD	6	25	3,760	1,508		
	7	10	4,600	1,350		
	8	9	4,110	1,900	10,113	0,039
	9	7	5,570	2,070		
	10 ve üstü	9	3,560	0,726		

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık; Kolmogorov - Smirnov dağılım testi.

Çocukların 2. ölçüm Bilişsel AD puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından anlamlı grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; yaşı 7 olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.700 ± 1.494), yaşı 6 olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.840 ± 1.434) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 6 olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.840 ± 1.434) yüksek bulundu. Yaşı 7 olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.700 ± 1.494), yaşı 10 ve üstü olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından

(3.670 ± 1.323) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 10 ve üstü olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.670 ± 1.323) yüksek bulundu (Tablo 18).

Çocukların 3. ölçüm Bilişsel AD puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; yaşı 7 olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.800 ± 1.549), yaşı 6 olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.880 ± 1.481) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 6 olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.880 ± 1.481) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 10 ve üstü olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.890 ± 1.364) yüksek bulundu (Tablo 18).

Çocukların 4. ölçüm Bilişsel AD puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; yaşı 7 olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.700 ± 1.567), yaşı 6 olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.800 ± 1.500) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 6 olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.800 ± 1.500) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.710 ± 1.890), yaşı 10 ve üstü olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.560 ± 0.726) yüksek bulundu (Tablo 18).

Çocukların 5. ölçüm Bilişsel AD puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; yaşı 7 olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.600 ± 1.350), yaşı 6 olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.760 ± 1.508) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.570 ± 2.070), yaşı 6 olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.760 ± 1.508) yüksek bulundu. Yaşı 9 olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.570 ± 2.070), yaşı 10 ve üstü olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.560 ± 0.726) yüksek bulundu (Tablo 18).

Kullanılan diğer ölçeklerin puanları ve alt boyut puan ortalamalarının çocuk yaşı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

ÇADİ ölçek puan ortalamalarının çocukların ameliyat deneyimi ile dağılımı Tablo 19’ da verilmiştir.

Tablo 19. ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarının Çocukların Ameliyat Deneyimi İle Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Fiziksel AD	Evet	31	22,320	4,650	314,500	0,045
	Hayır	29	24,550	5,200		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Toplam AD	Evet	31	32,840	6,507	316,500	0,049
	Hayır	29	35,310	5,497		

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık; Mann Whitney U testi

Çocukların 4. ölçüm Fiziksel AD puan ortalamalarının ameliyat deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm Fiziksel AD puanları (22.320), hayır diyenlerin 4. ölçüm Fiziksel AD puanlarından (24.550) düşük bulundu (Tablo 19).

Çocukların 4. ölçüm Toplam AD puan ortalamalarının ameliyat deneyimi değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0,05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm Toplam AD puanları (32.840), hayır diyenlerin 4. ölçüm Toplam AD puanlarından (35.310) düşük bulundu (Tablo 19).

Kullanılan diğer ölçeklerin puanları ve alt boyut puan ortalamalarının ameliyat deneyimi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 19).

Çocukların hastane deneyimi ile tıbbi işlem korku puan ve ÇADİ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20. Çocukların Hastane Deneyimi İle Tıbbi İşlem Korku Puan ve ÇADİ Puan Ortalamalarının Dağılımı

		N	Ort	Ss	MW	p
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) İşlemsel Korku	Evet	44	11,750	1,727	224,000	0,030
	Hayır	16	12,880	1,893		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Çevresel Korku	Evet	44	10,000	1,525	203,000	0,011
	Hayır	16	11,620	2,277		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm) Çevresel Korku	Evet	44	9,320	1,377	238,000	0,050
	Hayır	16	10,500	2,191		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Tıbbi İşlemler Genel Korku	Evet	44	41,660	6,157	219,000	0,026
	Hayır	16	46,120	7,438		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Fiziksel AD	Evet	44	22,680	4,997	231,000	0,042
	Hayır	16	25,380	4,631		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Toplam AD	Evet	44	33,200	6,403	219,000	0,026
	Hayır	16	36,310	4,701		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm)Toplam AD	Evet	44	30,700	5,801	218,000	0,024
	Hayır	16	33,940	5,272		

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık; Mann Whitney U testi.

Çocukların 4. ölçüm işlemsel korku puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm işlemsel korku puanları (11.750), hayır diyenlerin 4. ölçüm işlemsel korku puanlarından (12.880) düşük bulundu.

Çocukların 4. ölçüm çevresel korku puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm çevresel korku puanları (10.000), hayır diyenlerin 4. ölçüm çevresel korku puanlarından (11.620) düşük bulundu.

Çocukların 5. ölçüm çevresel korku puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 5. ölçüm çevresel korku puanları (9.320), hayır diyenlerin 5. ölçüm çevresel korku puanlarından (10.500) düşük bulundu.

Çocukların 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanları (41.660), hayır diyenlerin 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanlarından (46.120) düşük bulundu.

Çocukların 4. ölçüm Fiziksel AD puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm Fiziksel AD puanları (22.680), hayır diyenlerin 4. ölçüm Fiziksel AD puanlarından (25.380) düşük bulundu.

Çocukların 4. ölçüm Toplam AD puan ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 4. ölçüm Toplam AD puanları (33.200), hayır diyenlerin 4. ölçüm Toplam AD puanlarından (36.310) düşük bulundu.

Çocukların 5. ölçüm Toplam AD puanları ortalamalarının hastane deneyimi değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Evet diyenlerin 5. ölçüm Toplam AD puanları (30.700), hayır diyenlerin 5. ölçüm Toplam AD puanlarından (33.940) düşük bulundu (Tablo 20).

Ailenin hastane deneyimi ile tıbbi işlem korku puan ortalamaları ve ÇADİ puan ortalamalarının dağılımı Tablo 21’de verilmiştir.

Tablo 21. Ailenin Hastane Deneyimi İle Tıbbi İşlem Korku Puan Ortalamaları ve ÇADİ Puan Ortalamalarının Dağılımı

	Grup	N	Ort	Ss	MW	p
Ameliyat öncesi (1. ölçüm) Sosyal AD	1-2	29	5,550	1,478	291,500	0,017
	3 ve üzeri	31	6,520	1,503		
Ameliyat günü (2. ölçüm) Sosyal AD	1-2	29	5,590	1,476	265,500	0,006
	3 ve üzeri	31	6,740	1,591		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Sosyal AD	1-2	29	6,000	1,488	289,000	0,016
	3 ve üzeri	31	6,940	1,504		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Sosyal AD	1-2	29	5,970	1,349	298,500	0,023
	3 ve üzeri	31	6,870	1,586		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm)Sosyal AD	1-2	29	5,930	1,412	339,500	0,097
	3 ve üzeri	31	6,610	1,647		

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık; Mann Whitney U testi.

Çocukların ameliyat öncesi Sosyal AD puan ortalamalarının ailenin hastane deneyimi sayısı değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). 1-2 olan çocukların ameliyat öncesi Sosyal AD puanları (5.550), 3 ve üzeri olan çocukların ameliyat öncesi Sosyal AD puanlarından (6.520) düşük bulundu.

Çocukların 2. ölçüm Sosyal AD puan ortalamalarının ailenin hastane Deneyimi sayısı değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). 1-2 olan çocukların 2. ölçüm Sosyal AD puanları (5.590), 3 ve üzeri olan çocukların 2. ölçüm Sosyal AD puanlarından (6.740) düşük bulundu.

Çocukların 3. ölçüm Sosyal AD puan ortalamalarının ailenin hastane deneyimi sayısı değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). 1-2 olan çocukların 3. ölçüm Sosyal AD puanları (6.000), 3 ve üzeri olan çocukların 3. ölçüm Sosyal AD puanlarından (6.940) düşük bulundu.

Çocukların 4. ölçüm Sosyal AD puan ortalamalarının ailenin hastane deneyimi sayısı değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). 1-2 olan çocukların 4. ölçüm Sosyal AD puanları (5.970), 3 ve üzeri olan çocukların 4. ölçüm Sosyal AD puanlarından (6.870) düşük bulundu.

Kullanılan diğer ölçeklerin puanları ve alt boyut puan ortalamalarının ailenin hastane deneyimi sayısı değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$)(Tablo 21).

ÇADİ ölçek puan ortalamalarının baba eğitim düzeyine göre dağılımı Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. ÇADİ Ölçek Puan Ortalamalarının Baba Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

	E.Düzeyi	N	Ort	Ss	KW	p
Ameliyat günü (2. ölçüm) Bilişsel AD	İlköğretim	23	4,960	1,796	9,088	0,011
	Lise	26	3,920	1,573		
	Üniversite	11	3,550	1,036		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Bilişsel AD	İlköğretim	23	5,040	1,770	8,876	0,012
	Lise	26	4,000	1,600		
	Üniversite	11	3,640	1,027		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Bilişsel AD	İlköğretim	23	4,830	1,775	8,643	0,013
	Lise	26	3,880	1,558		
	Üniversite	11	3,640	1,027		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5.ölçüm)Bilişsel AD	İlköğretim	23	4,700	1,769	6,547	0,038
	Lise	26	3,850	1,567		
	Üniversite	11	3,640	1,027		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Fiziksel AD	İlköğretim	23	27,740	4,938	8,316	0,016
	Lise	26	23,540	5,308		
	Üniversite	11	24,180	3,371		
Ameliyat günü (2. ölçüm) Toplam AD	İlköğretim	23	34,910	7,391	6,322	0,042
	Lise	26	30,620	6,481		
	Üniversite	11	29,730	5,350		
Ameliyattan sonra derlenme odasında (3. ölçüm) Toplam AD	İlköğretim	23	39,260	5,994	8,738	0,013
	Lise	26	34,270	6,643		
	Üniversite	11	33,730	3,636		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) Toplam AD	İlköğretim	23	36,650	6,575	6,122	0,047
	Lise	26	32,310	5,857		
	Üniversite	11	32,640	3,776		

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; AD: Anksiyete Duyarlılık; Kolmogorov - Smirnov dağılım testi. Mann Whitney U testi.

Çocukların 2.ölçüm Bilişsel AD puan ortalamaları ile baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi

uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.960 ± 1.796), baba eğitim düzeyi lise olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.920 ± 1.573) yüksek bulundu. Baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.960 ± 1.796), baba eğitim düzeyi üniversite olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.550 ± 1.036) yüksek bulundu (Tablo 22).

Çocukların 3. ölçüm Bilişsel AD puan ortalamaları ile baba eğitim düzeyi değişkeni açısından; grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.040 ± 1.770), baba eğitim düzeyi lise olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (4.000 ± 1.600) yüksek bulundu. Baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanları (5.040 ± 1.770), baba eğitim düzeyi üniversite olanların 3. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.640 ± 1.027) yüksek bulundu (Tablo 22).

Çocukların 4. ölçüm Bilişsel AD puan ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.830 ± 1.775), baba eğitim düzeyi lise olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.880 ± 1.558) yüksek bulundu. Baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.830 ± 1.775), baba eğitim düzeyi üniversite olanların 4. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.640 ± 1.027) yüksek bulundu (Tablo 22).

Çocukların taburcu olmadan 30 dk. önce Bilişsel AD puan ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanları (4.700 ± 1.769), baba eğitim düzeyi lise olanların 5. ölçüm Bilişsel AD puanlarından (3.850 ± 1.567) yüksek bulundu (Tablo 22).

Çocukların 3. ölçüm Fiziksel AD puan ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 3. ölçüm Fiziksel AD puanları (27.740 ± 4.938), baba eğitim düzeyi lise olanların 3. ölçüm Fiziksel AD puanlarından (23.540 ± 5.308) yüksek bulundu. Baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 3. ölçüm Fiziksel AD puanları (27.740 ± 4.938), baba eğitim düzeyi üniversite olanların 3. ölçüm Fiziksel AD puanlarından (24.180 ± 3.371) yüksek bulundu (Tablo 22).

Çocukların 2. ölçüm Toplam AD puan ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 2. ölçüm Toplam AD puanları (34.910 ± 7.391), baba eğitim düzeyi lise olanların 2. ölçüm Toplam AD puanlarından (30.620 ± 6.481) yüksek bulundu. Baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 2. ölçüm Toplam AD puanları (34.910 ± 7.391), baba eğitim düzeyi üniversite olanların 2. ölçüm Toplam AD puanlarından (29.730 ± 5.350) yüksek bulundu (Tablo 22).

Çocukların 3. ölçüm Toplam AD puan ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 3. ölçüm Toplam AD puanları (39.260 ± 5.994), baba eğitim düzeyi lise olanların 3. ölçüm Toplam AD puanlarından (34.270 ± 6.643) yüksek bulundu. Baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 3. ölçüm Toplam AD puanları (39.260 ± 5.994), baba eğitim düzeyi üniversite olanların 3. ölçüm Toplam AD puanlarından (33.730 ± 3.636) yüksek bulundu (Tablo 22).

Çocukların 4. ölçüm Toplam AD puan ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere Mann Whitney U testi uygulandı. Buna göre; baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların 4. ölçüm Toplam AD puanları (36.650 ± 6.575), baba eğitim düzeyi lise olanların 4. ölçüm Toplam AD puanlarından (32.310 ± 5.857) yüksek bulundu (Tablo 22).

Kullanılan diğer ölçeklerin puanları ve alt boyut puan ortalamalarının baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$)(Tablo 22).

Ağrı ölçek puan ortalamalarının (VAS ve FLACC) cinsiyete göre dağılımı Tablo 23' te verilmiştir.

Tablo 23. Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (VAS ve FLACC) Cinsiyete Göre Dağılımı

	Cinsiyet	N	Ort	Ss	MW	p
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) FLACC	Kız	11	2,360	2,063	258,000	0,823
	Erkek	49	2,410	1,881		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm) FLACC	Kız	11	1,090	2,023	262,000	0,859
	Erkek	49	0,550	0,959		
Ameliyattan servise döndükten sonra (4. ölçüm) VAS	Kız	11	6,450	1,968	172,500	0,057
	Erkek	49	5,020	2,323		
Taburcu olmadan 30 dk. önce (5. ölçüm) VAS	Kız	11	3,820	2,272	168,500	0,048
	Erkek	49	2,290	1,500		

VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası; FLACC: Davranışsal Ağrı Ölçeği; Mann Whitney U testi.

Çocukların 5. ölçüm VAS puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (Mann Whitney U=168.500; $p=0.048<0.05$). Kız çocukların 5. ölçüm VAS puanları (3.820), erkek çocukların 5. ölçüm VAS puanlarından (2.290) yüksek bulundu.

Çocukların 4. ölçüm FLACC, 5. ölçüm FLACC ve 4. ölçüm VAS puan ortalamalarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan Mann Whitney-U testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tıbbi işlem korku toplam puan ortalamalarının ile ağrı ölçek puan ortalamalarının (FLACC) dağılımı Tablo 24' te verilmiştir.

Tablo 24. Tıbbi İşlem Korku Toplam Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (FLACC) Dağılımı

ZAMAN	TIBBİ İŞLEM GENEL TOPLAM PUAN SKORLARI						FLACC PUAN SKORLARI					
	Vaka		Kontrol		MW	p	Vaka		Kontrol		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			Ort	Ss	Ort	Ss		
3. ölçüm	46,57	6,80	45,67	7,42	447	0,965	4,60	1,81	3,63	2,04	327,5	0,063
4. ölçüm	40,97	5,36	44,73	7,54	312,5	0,042	2,47	1,85	2,33	1,97	423,5	0,690
5. ölçüm	37,50	4,78	42,73	7,37	254,5	0,004	0,67	1,24	0,63	1,22	447	0,956

FLACC: Davranışsal Ağrı Ölçeği; Mann Whitney U testi.

Araştırmaya katılan çocukların her iki grupta da ameliyat sonrası korku ve ağrı puanları (FLACC) ortalama değerleri karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da istatistiksel olarak da ameliyat sonrası korku ve ağrı puanları (FLACC) ortalama değerlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Her iki grubun korku ve ağrı puanlarında (FLACC) 3. ölçüm ve 5. ölçüm arasındaki dönemde düşüş olduğu gözlemlendi. Ancak vaka grubunda korku puanının kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düştüğü belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 24).

Tıbbi işlem korku toplam puan ortalamaları ile ağrı ölçek puan ortalamalarının (VAS) dağılımı Tablo 25’te verilmiştir.

Tablo 25. Tıbbi İşlem Korku Toplam Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (VAS) Dağılımı

ZAMAN	TIBBİ İŞLEM GENEL TOPLAM PUAN SKORLARI				VAS PUAN SKORLARI							
	Vaka		Kontrol		MW	p	Vaka		Kontrol		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			Ort	Ss	Ort	Ss		
3. ölçüm	46,57	6,80	45,67	7,42	447	0,965	8,20	1,56	6,83	2,15	282	0,011
4. ölçüm	40,97	5,36	44,73	7,54	312,5	0,042	5,43	2,29	5,13	2,37	428	0,738
5. ölçüm	37,50	4,78	42,73	7,37	254,5	0,004	2,53	1,89	2,60	1,63	415,5	0,601

VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası; Mann Whitney U testi.

Araştırmaya katılan çocukların her iki grupta da ameliyat sonrası korku ve ağrı puanları (VAS) ortalama değerleri karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da istatistiksel olarak da ameliyat sonrası korku ve ağrı puanları (VAS) ortalama değerlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Her iki grubun korku ve ağrı puanlarında (VAS) 3. ölçüm ve 5. ölçüm arasındaki dönemde düşüş olduğu gözlemlendi. Ancak vaka grubunda korku puanının kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düştüğü belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 25).

ÇADİ ölçek puan ortalamaları ile ağrı ölçek puan ortalamalarının (FLACC) dağılımı Tablo 26’da verilmiştir.

Tablo 26. ÇADİ Ölçek Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (FLACC) Dağılımı

ZAMAN	ÇADİ TOPLAM PUAN SKORLARI				FLACC PUAN SKORLARI							
	Vaka		Kontrol		MW	p	Vaka		Kontrol		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			Ort	Ss	Ort	Ss		
3. ölçüm	37,60	6,20	34,57	6,31	327,5	0,070	4,60	1,81	3,63	2,04	327,5	0,063
4. ölçüm	33,57	5,56	34,50	6,69	427	0,733	2,47	1,85	2,33	1,97	423,5	0,690
5. ölçüm	30,03	4,61	33,10	6,51	313,5	0,042	0,67	1,24	0,63	1,22	447	0,956

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; FLACC: Davranışsal Ağrı Ölçeği; Mann Whitney U testi

Araştırmaya katılan çocukların her iki grupta da ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı puanları (FLACC) ortalama değerleri karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da istatistiksel olarak da ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı puanları (FLACC) ortalama değerlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Her iki grubun anksiyete ve ağrı puanlarında (FLACC) 3. ölçüm ve 5. ölçüm arasındaki dönemde düşüş olduğu gözlemlendi. Ancak vaka grubunda anksiyete puanının 5. ölçüm kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düştüğü belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 26).

ÇADİ ölçek puan ortalamalarının ile ağrı ölçek puan ortalamalarının (VAS) dağılımı Tablo 27’de verilmiştir.

Tablo 27. ÇADİ Ölçek Puan Ortalamaları İle Ağrı Ölçek Puan Ortalamalarının (VAS) Dağılımı

ZAMAN	ÇADİ TOPLAM PUAN SKORLARI					VAS PUAN SKORLARI						
	Vaka		Kontrol		MW	p	Vaka		Kontrol		MW	p
	Ort	Ss	Ort	Ss			Ort	Ss	Ort	Ss		
3. ölçüm	37,60	6,20	34,57	6,31	327,5	0,070	8,20	1,56	6,83	2,15	282	0,011
4. ölçüm	33,57	5,56	34,50	6,69	427	0,733	5,43	2,29	5,13	2,37	428	0,738
5. ölçüm	30,03	4,61	33,10	6,51	313,5	0,042	2,53	1,89	2,60	1,63	415,5	0,601

ÇADİ: Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılık İndeksi; VAS: Visüel Analog Ağrı Skalası; Mann Whitney U testi.

Araştırmaya katılan çocukların her iki grupta da ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı puanları (VAS) ortalama değerleri karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da istatistiksel olarak da ameliyat sonrası anksiyete ve ağrı puanları (VAS) ortalama değerlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Her iki grubun anksiyete ve ağrı puanlarında (VAS) 3. ölçüm ve 5. ölçüm arasındaki dönemde düşüş olduğu gözlemlendi. Ancak vaka grubunda anksiyete puanının 5. ölçümde kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düştüğü belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 27).

Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 1. ölçüme göre karşılaştırılması Tablo 28' de verilmiştir.

Tablo 28. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 1. ölçüme göre karşılaştırılması

		1. ölçüm Sosyal AD	1. ölçüm Bilişsel AD	1. ölçüm Fiziksel AD	1. ölçüm Toplam AD
1. ölçüm İşlemsel Korku	r	0,229	-0,040	0,231	0,232
	p	0,079	0,762	0,075	0,075
	N	60	60	60	60
1. ölçüm Çevresel Korku	r	0,055	0,088	0,268	0,253
	p	0,676	0,505	0,038	0,051
	N	60	60	60	60
1. ölçüm Kişisel Korku	r	-0,190	0,145	0,281	0,223
	p	0,146	0,268	0,030	0,086
	N	60	60	60	60
1. ölçüm Kişilerarası Korku	r	0,071	0,285	0,538	0,526
	p	0,591	0,027	0,000	0,000
	N	60	60	60	60
1. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	r	0,058	0,187	0,457	0,433
	p	0,657	0,152	0,000	0,001
	N	60	60	60	60

AD: Anksiyete Duyarlılık.

1. ölçüm Fiziksel ad ile 1. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,268$; $p=0,038<0,05$). Buna göre 1. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 1. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 28).

1. ölçüm Fiziksel AD ile 1. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %28,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,281$; $p=0,030<0,05$). Buna göre 1. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 1. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 28).

1. ölçüm Bilişsel AD ile 1. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %28,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,285$; $p=0,027<0,05$). Buna göre 1. ölçüm Bilişsel AD puanı arttıkça 1. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 28).

1. ölçüm Fiziksel AD ile 1. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %53,8 pozitif

yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,538$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 1. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 1. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 28).

1. ölçüm Toplam AD ile 1. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %52,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu. ($r=0,526$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 1. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 1. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 28).

1. ölçüm Fiziksel AD ile 1. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %45,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,457$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 1. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 1. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 28).

1. ölçüm Toplam AD ile 1. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %43,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,433$; $p=0,001<0,05$). Buna göre 1. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 1. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 28).

Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 2. ölçüme göre karşılaştırılması Tablo 29' da verilmiştir.

Tablo 29. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 2. ölçüme göre karşılaştırılması

		2. ölçüm Sosyal AD	2. ölçüm Bilişsel AD	2. ölçüm Fiziksel AD	2. ölçüm Toplam AD
2. ölçüm İşlemsel Korku	r	0,197	0,108	0,383	0,379
	p	0,131	0,411	0,003	0,003
	N	60	60	60	60
2. ölçüm Çevresel Korku	r	0,040	0,101	0,268	0,248
	p	0,764	0,441	0,039	0,056
	N	60	60	60	60
2. ölçüm Kişisel Korku	r	-0,126	0,231	0,290	0,258
	p	0,336	0,076	0,025	0,047
	N	60	60	60	60
2. ölçüm Kişilerarası Korku	r	0,015	0,234	0,567	0,514
	p	0,911	0,072	0,000	0,000
	N	60	60	60	60
2. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	r	0,039	0,215	0,497	0,459
	p	0,765	0,099	0,000	0,000
	N	60	60	60	60

AD: Anksiyete Duyarlılık.

2. ölçüm Fiziksel AD ile 2. ölçüm işlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %38,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,383$; $p=0,003<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 2. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Toplam AD ile 2. ölçüm işlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %37,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,379$; $p=0,003<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 2. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Fiziksel AD ile 2. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,268$; $p=0,039<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 2. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Fiziksel AD ile 2. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %29,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,290$; $p=0,025<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 2. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Toplam AD ile 2. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %25,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,258$; $p=0,047<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 2. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Fiziksel AD ile 2. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %56,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,567$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 2. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Toplam AD ile 2. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %51,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,514$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 2. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Fiziksel AD ile 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %49,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,497$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

2. ölçüm Toplam AD ile 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %45,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,459$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 2. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 2. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 29).

Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 3. ölçüme göre karşılaştırılması Tablo 30' da verilmiştir.

Tablo 30. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 3. ölçüme göre karşılaştırılması

		3. ölçüm Sosyal AD	3. ölçüm Bilişsel AD	3. ölçüm Fiziksel AD	3. ölçüm Toplam AD
3. ölçüm İşlemsel Korku	r	0,019	0,096	0,399	0,353
	p	0,884	0,466	0,002	0,006
	N	60	60	60	60
3. ölçüm Çevresel Korku	r	0,022	0,184	0,262	0,266
	p	0,865	0,159	0,043	0,040
	N	60	60	60	60
3. ölçüm Kişisel Korku	r	-0,048	0,231	0,429	0,397
	p	0,714	0,075	0,001	0,002
	N	60	60	60	60
3. ölçüm Kişilerarası Korku	r	0,006	0,179	0,434	0,401
	p	0,964	0,171	0,001	0,002
	N	60	60	60	60
3. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	r	0,001	0,217	0,475	0,442
	p	0,994	0,096	0,000	0,000
	N	60	60	60	60

AD: Anksiyete Duyarlılık.

3. ölçüm Fiziksel AD ile 3. ölçümüişlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,399$; $p=0,002<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 3. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Toplam AD ile 3. ölçüm işlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %35,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,353$; $p=0,006<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 3. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Fiziksel AD ile 3. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,262$; $p=0,043<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 3. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Toplam AD ile 3. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,266$; $p=0,040<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 3. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Fiziksel AD ile 3. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %42,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,429$; $p=0,001<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 3. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Toplam AD ile 3. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,397$; $p=0,002<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 3. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Fiziksel AD ile 3. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %43,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,434$; $p=0,001<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 3. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Toplam AD ile 3. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %40,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,401$; $p=0,002<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 3. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Fiziksel AD ile 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %47,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,475$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

3. ölçüm Toplam AD ile 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,442$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 3. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 30).

Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 4. ölçüme göre karşılaştırılması Tablo 31' de verilmiştir.

Tablo 31. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 4. ölçüme göre karşılaştırılması

		4. ölçüm Sosyal AD	4. ölçüm Bilişsel AD	4. ölçüm Fiziksel AD	4. ölçüm Toplam AD
4. ölçüm İşlemsel Korku	r	-0,068	0,088	0,403	0,337
	p	0,604	0,504	0,001	0,009
	N	60	60	60	60
4. ölçüm Çevresel Korku	r	0,045	0,210	0,366	0,367
	p	0,730	0,108	0,004	0,004
	N	60	60	60	60
4. ölçüm Kişisel Korku	r	-0,173	0,337	0,395	0,370
	p	0,186	0,008	0,002	0,004
	N	60	60	60	60
4. ölçüm Kişilerarası Korku	r	-0,020	0,266	0,541	0,508
	p	0,878	0,040	0,000	0,000
	N	60	60	60	60
4. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	r	-0,057	0,282	0,547	0,508
	p	0,663	0,029	0,000	0,000
	N	60	60	60	60

AD: Anksiyete Duyarlılık.

4. ölçüm Fiziksel AD ile 4. ölçüm işlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %40,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,403$; $p=0,001<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 4. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Toplam AD ile 4. ölçüm işlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %33,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,337$; $p=0,009<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 4. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Fiziksel AD ile 4. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %36,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,366$; $p=0,004<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 4. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Toplam AD ile 4. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %36,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,367$; $p=0,004<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 4. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Bilişsel AD ile 4. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %33,7 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,337$; $p=0,008<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Bilişsel AD puanı arttıkça 4. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Fiziksel AD ile 4. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,395$; $p=0,002<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 4. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Toplam AD ile 4. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %37,0 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,370$; $p=0,004<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 4. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Bilişsel AD ile 4. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %26,6 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,266$; $p=0,040<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Bilişsel AD puanı arttıkça 4. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Fiziksel AD ile 4. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,541$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 4. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Toplam AD ile 4. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %50,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,508$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 4. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Bilişsel AD ile 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %28,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,282$; $p=0,029<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Bilişsel AD puanı arttıkça 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Fiziksel AD ile 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,7 pozitif

yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,547$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

4. ölçüm Toplam AD ile 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %50,8 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,508$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 4. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 31).

Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 5. ölçüme göre karşılaştırılması Tablo 32' de verilmiştir.

Tablo 32. Tıbbi işlem korku ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile ÇADİ ölçek alt boyut puan ortalamalarının 5. ölçüme göre karşılaştırılması

		5. ölçüm Sosyal AD	5. ölçüm Bilişsel AD	5. ölçüm Fiziksel AD	5. ölçüm Toplam AD
5. ölçüm İşlemsel Korku	r	-0,080	0,015	0,445	0,349
	p	0,543	0,911	0,000	0,006
	N	60	60	60	60
5. ölçüm Çevresel Korku	r	0,097	0,080	0,312	0,305
	p	0,459	0,542	0,015	0,018
	N	60	60	60	60
5. ölçüm Kişisel Korku	r	-0,169	0,135	0,391	0,314
	p	0,197	0,304	0,002	0,014
	N	60	60	60	60
5. ölçüm Kişilerarası Korku	r	-0,011	0,208	0,544	0,503
	p	0,931	0,111	0,000	0,000
	N	60	60	60	60
5. ölçüm Tıbbi İşlemler Genel Korku	r	-0,040	0,148	0,525	0,463
	p	0,759	0,260	0,000	0,000
	N	60	60	60	60

AD: Anksiyete Duyarlılık.

5. ölçüm Fiziksel AD ile 5. ölçüm işlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %44,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,445$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 5. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Toplam AD ile 5. ölçüm işlemsel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %34,9 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,349$; $p=0,006<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 5. ölçüm işlemsel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Fiziksel AD ile 5. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %31,2 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,312$; $p=0,015<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 5. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Toplam AD ile 5. ölçüm çevresel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %30,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,305$; $p=0,018<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 5. ölçüm çevresel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Fiziksel AD ile 5. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %39,1 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,391$; $p=0,002<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 5. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Toplam AD ile 5. ölçüm kişisel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %31,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,314$; $p=0,014<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 5. ölçüm kişisel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Fiziksel AD ile 5. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %54,4 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,544$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 5. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Toplam AD ile 5. ölçüm kişilerarası korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %50,3 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,503$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 5. ölçüm kişilerarası korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Fiziksel AD ile 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %52,5 pozitif yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,525$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Fiziksel AD puanı arttıkça 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).

5. ölçüm Toplam AD ile 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, puanlar arasında %46,3 pozitif

yönde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,463$; $p=0,000<0,05$). Buna göre 5. ölçüm Toplam AD puanı arttıkça 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanı da artmaktadır (Tablo 32).



5.TARTIŞMA

Cerrahi girişimler her ne kadar yaşamı güvence altına alan uygulamalar olsa da, bireyleri biyo-fizyolojik, psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarıyla, olumlu yada olumsuz yönde etkileyebilmektedir (91).

Bu bölümde, müzik terapinin cerrahi işlem uygulanan 6-12 yaş arası çocukların anksiyete, korku (tıbbi işlem korkusu) ile ameliyat sonrası ağrı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, elde edilen bulgular literatür bilgisi ışığında tartışılmıştır.

- Çocukların sosyo-demografik değişkenlerine ait bulguların tartışılması
- Çocukların ameliyat öncesi ve sonrası tıbbi işleme bağlı korku puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
- Çocukların ameliyat öncesi ve sonrası ÇADI puan ortalamalarına ilişkin bulguların tartışılması
- Çocukların ameliyat sonrası ağrı düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması
- Ölçeklerin sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırma bulgularının tartışılması

5.1. Çocukların sosyo-demografik değişkenlerine ait bulguların tartışılması

Araştırma grubunu 30 vaka ve 30 kontrol grubu olmak üzere toplam 60 çocuk oluşturdu. Araştırma grubunu oluşturan çocukların yaş ortalamalarına incelendiğinde vaka grubunun yaş ortalaması 7.90 ± 1.9 iken, kontrol grubunun yaş ortalamasının 7.17 ± 1.4 olduğu görüldü. Yaş açısından her iki grupta da 6 yaş çocuk sayısı daha fazladır. Ancak gruplar arasında yapılan karşılaştırmada çalışma kapsamına giren çocuklarda yaş açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Çalışmanın vaka grubunun %23,3 (n=7)'ü ile kontrol grubunun %13.3 (n=4)'ünü kız çocuklar; vaka grubunun %76.7 (n=23)'sü ile kontrol grubunun %86.7 (n=26)'sini erkek çocuklar oluşturmaktadır. Cinsiyet açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 2).

Çalışmamızda vaka ve kontrol grubunun yaş ve cinsiyet yönünden benzer olduğu saptandı ($p>0.05$). Erkek çocuk sayısının her iki grupta da daha fazla olması çocukların geçirmiş oldukları ameliyatlardan kaynaklanmaktadır (Tablo 3).

Anne yaşı açısından her iki grubun dağılımı incelendiğinde vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

Çalışmamızın anne yaşı bulguları; Boyacı (2003)'nin çalışmasıyla paralellik göstermektedir (1). Annelerin genç erişkin döneminde olmaları, çocuklarının ameliyatını daha kolay tolere edebileceklerini ve ameliyat sonrası dönemi daha rahat geçirebileceklerini gösterebilir.

Ailelerin sosyal güvenceleri incelendiğinde; vaka grubundaki ailelerin %93.3'ünün, kontrol grubundaki ailelerin ise %96.7 'sinin sosyal güvenceye sahip olduğu görülmüştür. Yapılan benzer araştırmalarda da ailelerin çoğunluğunun sosyal güvencesi olduğu sonucuna varılmıştır (1,12,37,42,60). Çocuğun hastaneye yatmasıyla birlikte sosyal güvencesi olmayan ailelerde mali endişeler nedeniyle anksiyete yaşanabilir.

Araştırmamızda; aile tip, sosyal güvence, gelir durumları, anne-baba eğitim düzeyi ve anne-baba meslekleri açısından gruplar karşılaştırıldığında, her iki grup arasında anlamlı bir farkın bulunmaması, çocuk ve ailelere ait sosyo-demografik özelliklerin, gruplara göre dağılımlarının homojen olduğunu gösterdi (Tablo 4).

5.2. Çocukların ameliyat öncesi ve sonrası tıbbi işleme bağlı korkularına ilişkin bulguların tartışılması

Tıbbi işlem korkusu, tıbbi işlemler veya tıbbi personelle ilgili bir deneyim veya hastane ortamında sağlık durumlarının değişmesi ile ilgili bir korkudur ve bu korku çocukların sağlık uygulamalarına katılımını ve hastalık durumunda tedavi sürecini olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle tıbbi işlem korku puanlarını iyi değerlendirmek ve bu korkuyu arttıran ve azaltan yöntemleri tespit etmek önem taşımaktadır (37).

Maruşuna (2011) 'nın 12-14 yaş arası 332 öğrenci ile yaptığı tıbbi işlem korkularını etkileyen faktörlerle ilgili çalışmada (42.14 ± 9.73), Ataman (2006) 'nın 7-14 yaş grubu 115 sağlıklı çocukta yaptığı çalışmasında (42.06 ± 9.46) ve Alak (1993) 'ın ameliyat olmak üzere yatan 7-14 yaş grubu 100 çocukta yaptığı çalışmada

(42.79 ± 9.96) tıbbi işlem korku puanları birbirine benzer olup, çocukların ‘ biraz korkan’ grupta yer aldıkları belirlenmiştir (37,82,92).

Çalışmamızda vaka grubunun ameliyattan servise döndükten sonra toplam tıbbi işlem korku puan ortalaması 40.97 ±5.36 iken, kontrol grubunun toplam tıbbi işlem korku puan ortalaması 44.73 ±7.5 olup, her iki grubunda 'biraz korkan' grupta yer aldıkları ve sonuçların literatürle paralel olduğu görüldü (Tablo 7).

1. ölçüm, 2. ölçüm ve 3. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunamazken ($p>0.05$), vaka grubunun 4. ölçüm ve 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu. Vaka grubunun 4. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puan ortalaması (40.97 ±5.36) ve 5. ölçüm tıbbi işlemler ile ilgili genel korku puan ortalaması (37.50 ± 4.78) iken, kontrol grubunun 4. ölçüm tıbbi genel korku puan ortalaması (44.73 ±7.5) ve 5. ölçüm tıbbi işlemler genel korku puan ortalaması (42.73 ± 7.37) olarak hesaplandı ($p<0.05$) (Tablo 7).

Tıbbi işlem korku ölçeği işlemsel korku alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımlarına bakıldığında kontrol grubunda ameliyat sonrası ve taburculuk öncesi artma gözlenirken, vaka grubunda işlemsel korku puanlarında azalma görüldü (Tablo 7). İşlemsel konularla ilgili durumlarda (kan alma, IV girişimler, ve bazı muayene işlemleri gibi) çocuğun dikkatini başka yöne çekecek yöntemler (müzik terapi vb.) uygulandığında, çocuğun bu işlemlere bağlı gelişen korkularının azalabileceği düşünüldü.

Tıbbi işlem korku ölçeği çevresel korku alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımlarına bakıldığında kontrol grubunda ameliyat sonrası ve taburculuk öncesi artma gözlenirken, vaka grubunda çevresel korku puanlarında azalma görüldü (Tablo 7). Çalışmamızda uygulanan müzik terapinin çevresel korkuları azaltmada etkili olabileceği düşünüldü.

Tıbbi işlem korku ölçeği kişisel korku alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımlarına bakıldığında kontrol grubunda ameliyat sonrası ve taburculuk öncesi artma gözlenirken, vaka grubunda kişisel korku puanlarında azalma görüldü (Tablo 7). Çocuğa uygulanan müzik terapinin etkilerine bağlı olarak; çocuğun kan alma, yaralanma, kusma ve canı yanınca ağlama gibi faktörlere bağlı korkularının azalabileceği görüldü.

Tıbbi işlem korku ölçeği kişilerarası korku alt boyutu puan ortalamalarının gruplara göre dağılımlarına bakıldığında kontrol grubunda ameliyat sonrası ve taburculuk öncesi artma gözlenirken, vaka grubunda kişilerarası korku puanlarında azalma görüldü (Tablo 7). Müzik terapinin; çocukların sağlık ekibi ile daha kolay iletişime geçmelerini ve kendi duygu ve düşüncelerini daha kolay ifade etmelerini sağlamada katkı sağladığı ve çocukların kişiler arası korkularını azaltabildiği sonucuna ulaşıldı.

Hartling L. ve arkadaşlarının 2010 yılında çocuk acil servisinde 42 hastayla yaptığı bir çalışmada; damar yolu açma sırasında ortamda dinletilen müziğin çocukların anksiyetesini azalttığı ve işlemi gerçekleştiren hekimlerin rahatlığının arttığı, Varol (1998) 'un yaptığı çalışmada preoperatif hasta eğitimi esnasında dinletilen sedatif müziğin, hastaların durumluk kaygı düzeyini azalttığı görülmüştür (73,84). Burns ve arkadaşlarının (2001) müzik terapinin terapötik etkileri ile ilgili yaptığı pilot çalışmada ise; rahatlamış bir konumda müzik dinlemenin terapötik etkilerini, bir müzik terapi grubunda aktif olarak müzik yapmanın etkileri ile karşılaştırmış ve müzik terapinin olumlu duygular üzerine olan potansiyel etkilerini araştırmıştır. Araştırma bulgularına göre müzik dinleyen hastalarda iyilik halinin arttığını ve kaygı düzeyinin azaldığını belirtmiştir (93).

Çalışmamızda tıbbi işlemler korku ölçeği ortalama puanlarındaki değerler karşılaştırıldığında; müzik terapinin tıbbi işlemler korku ölçeği korku puanlarını istatistiksel olarak azalttığı tespit edildi. İlgili literatür bulguları da çalışmamızın bulgularını desteklemektedir (75,86,93). Bu bulgular müzik terapinin anlık faydalı etkilerinin yanında düzenli olarak dinletildiğinde tıbbi korku puanlarını çok daha etkin bir şekilde düşürebileceğini göstermektedir.

5.3. Çocukların ameliyat öncesi ve sonrası ÇADİ puan skorlarına ilişkin bulguların tartışılması

Hastane ortamında yapılan birçok girişim özellikle çocuklarda yoğun anksiyeteye neden olabilir (22,94,95). Yapılan çalışmalarda; deney ve kontrol grubunun çocukların girişim öncesi anksiyete yaşadığı ve gruplar arasındaki işlem öncesi anksiyete düzeylerinin benzer olduğu belirlenmiştir. Tüm bu sonuçlar çocukların işlem öncesinde anksiyete yaşadıklarını göstermektedir (39,94).

Çalışmamızda vaka grubunun 2. ölçüm toplam ÇADİ puan ortalaması 34.83 ± 6.57 iken, kontrol grubunun toplam ÇADİ puan ortalaması 29.37 ± 6.32

hesaplanırken; 5. ölçüm vaka grubunun toplam ÇADİ puan ortalaması 30.03 ± 4.61 , kontrol grubunun toplam ÇADİ puan ortalaması 33.10 ± 6.51 olarak belirlendi (Tablo 10).

Çalışmamızda; vaka grubunun ÇADİ toplam ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı düşüş görülürken, kontrol grubunda zamana göre ölçümlerde artış olduğu görüldü (Tablo 10).

Yapılan çalışmalarda; müzik terapi uygulanan hastaların işlem öncesi ve sonrası dönemde anksiyete düzeylerinde zamanla orantılı olarak giderek azalma gözlemlendiği ifade edilmektedir (78,84,97-100).

Klassen ve arkadaşlarının (2008) 1 ay-18 yaş arası çocuklarla yapmış oldukları çalışmada; müzik terapinin tıp ve diş prosedürü uygulanan çocukların anksiyete, korku ve ağrılarını azaltmada etkili olduğu, buna paralel olarak Weeks ve Nillson (2011)' un yapmış olduğu bir çalışmada da müzik terapinin hastaların anksiyete düzeyini azalttığı ve koroner anjiyografi işlemleri sırasında hastaların iyi olma durumunun arttırmada etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır (77,78).

Çalışmamızda da müzik terapinin çocuklarda işlem öncesi ve sonrasında ÇADİ toplam puanlarında düşüşe neden olduğu, çocukların anksiyete düzeylerini azalttığı görüldü. Çalışma sonuçları literatürle uyumlu bulundu.

5.4. Çocukların ameliyat sonrası ağrı düzeylerine ilişkin bulguların tartışılması

Çocuklar, vücuduna bazı aletler sokularak yapılan işlemlerden, vücut fonksiyonlarını kaybetmekten, ameliyat olmaktan ve ölümden korkarlar (16). Travma, hastalık, ameliyat veya çeşitli tıbbi girişimlere bağlı olarak ortaya çıkan ağrı da, çocuklar tarafından istenmeyen bir deneyimdir ve çocuğun anksiyetesinin artmasına, muayene ve diğer işlemlerin zor yapılmasına yol açar (16).

Çalışmamızda, 6-12 yaş dönemi çocuklarda postoperatif ağrıya yönelik beğendiği müziği dinleme yöntemi vaka grubuna uygulandı. Kontrol grubuna ise herhangi bir uygulama yapılmadı. Her iki grubun FLACC ve VAS ağrı skalaları puan ortalamaları incelendi (Tablo 13).

Ameliyattan sonrası vaka ve kontrol grubunda FLACC ve VAS puan ortalamalarında düşüş olduğu gözlemlendi. Ancak FLACC ve VAS puan ortalamaları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 13).

Calcaterra ve arkadaşları (2014) postoperatif ağrıya müzik terapinin etkisini araştırdıkları çalışma sonucunda; FLACC puan ortalamalarında olumlu etki gözlemlenmiş ve müzik terapi ile algılanan ağrı miktarının azaltılabileceğini, Caprilli ve arkadaşları (2007) damar yolu açma sırasında müzik dinletilen grupta ağrı ve stres düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olacak şekilde daha düşük olduğunu, Wallace ve arkadaşları (2010) ise; aşılama sırasında çocuklara öksürme yönteminin uygulandığı grupta, kontrol grubuna göre VAS puan ortalamalarının daha düşük olduğunu, ancak aralarındaki farkın anlamlı olmadığını belirtmişlerdir (101-103).

Çalışmamızdan elde edilen sonuçların literatürle paralellik gösterdiği ve çocuklarda müzik terapinin postoperatif ağrıyı azaltmada etkili olabileceği belirlendi.

5.5. Ölçeklerin sosyo-demografik özelliklerle karşılaştırma bulgularının tartışılması

5.5.1. Yaş, cinsiyet ve ebeveyn eğitim düzeyi ile ölçek puanlarının tartışılması

Hastaneye yatışın çocukta endişe ve korkuya neden olduğu bildirilmektedir (41). Benzer biçimde, her türlü cerrahi girişimin çocuklar üzerinde hem psikolojik hemde fizyolojik etkileri olduğu saptanmıştır (9,34,51). Hastane yatışı sırasında hızlı nefes alıp verme, ishal ve çarpıntı gibi bedensel kaygı belirtileri görülebilmektedir. Bu çocukların fiziksel yönden zarar görme, ameliyat olma, ailesinden, arkadaşlarından ve alışık olduğu ortandan ayrılma, bilinmeyen ve rahatsız edici işlemlere maruz kalma nedeniyle kaygı duydukları belirtilmektedir (39,104).

Okul çağı çocuklarının tıbbi işlem korkularını ve postop ağrılarını etkileyen faktörlere baktığımızda; daha önceki iyi-kötü hastane deneyimleri, bilişsel ve algısal yetenekleri, hastalığın yapısı ve şiddeti, sosyal destek sistemleriyle ilgili özellikler, yaş ve cinsiyet, hastanede yatış süresinin uzaması, anne babanın eğitim düzeyleri ve meslekleri karşımıza çıkmaktadır (82).

La Montagne ve arkadaşlarının (2000) yaptıkları çalışmada; 5-7 yaş grubuna kıyasla, 8-11 yaş grubundaki çocukların mantıksal düşünme biçimlerinin geliştiği ve

bu nedenle hastaneye yatışları sırasında kaygı düzeylerinin daha düşük olduğu, Messeri ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada çocukların yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, eğitim durumu, aile yapıları, daha önce ameliyat geçirme durumu gibi sosyo-demografik özellikler yönünden aldıkları kaygı puan ortalamaları karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı fark bulunmadığı, Çubukçu ve Ercan (2008)'in dental anksiyetenin çocuğun sosyodemografik özellikleri ile ilişkisinin belirlenmesine yönelik çalışmasında, çocuğun yaşına göre farklı korkular yaşadığı ve yaş arttıkça dental anksiyetenin azaldığı, Koç (2006) 'un yaptığı çalışmada, 8- 12 yaş grubu çocuğun yaşları ile kaygı ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırılmış ve aldıkları puan ortalamaları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı, Patel ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada 4- 12 yaş arası çocuğa ameliyat öncesi dönemde (n=112) anksiyetelerini azaltmak için video oyunları kullanmış ve çalışmada video ile oynayan 6- 9 yaş arası çocuk gurubunun, video oynayan diğer yaş çocuklarına göre (4-5 yaş ve > 10 yaş) daha az anksiyete puanı aldığı görülmüştür (91,105-108).

Çalışmamızda; literatürle benzer olarak çocukların 5 ölçüm sonucunda tıbbi işlemler korku ölçeği, ÇADİ ve alt boyutlarının (Sosyal AD, Fiziksel AD, Toplam AD) puan ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmazken ($p>0.05$); ÇADİ ölçeğinin alt boyutlarından Bilişsel AD puanının 2. ölçüm ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$) (Tablo 16-17-18).

Çocuğun yaşı arttıkça kaygı ve korkuların azalması beklenmektedir. Bu doğrultuda çalışmamızda da Bilişsel AD puanlarının 10 ve üzeri yaşlarda diğer yaşlara oranla azaldığı ve literatürle uyumlu olduğu gözlemlendi.

Pourmovahed ve arkadaşlarının (2013) intravenöz kanülasyon sırasında emla ve müzik ile dikkatin başka yöne çekilmesinin ağrı üzerine etkisini karşılaştırdıkları çalışmada, 10-12 yaş grubu çocukların ağrı düzeylerinin 6-9 yaş grubu çocuklara göre daha düşük olduğu, Sikorova ve Hrazdilova (2011) 'nın çocuklara damaryolu açılması öncesi psikolojik görüşme yaptıkları çalışmada ise ; 5-7 yaş grubu çocuklarda ağrı düzeyinin 8-10 yaş grubu çocuklara göre daha fazla olduğu, yaş arttıkça ağrı düzeyinin düştüğü belirtilmiştir (100,109).

Her bir yaş grubunda FLACC ölçek puanlarında anlamlı derecede düşüş olduğu görülen çalışmamızda, FLACC ve VAS puanları ortalamalarının yaş değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmadı ($p < 0.005$).

Tıbbi işlem korkusunu, anksiyeteyi ve ağrıyı etkileyen bir diğer faktör ise; cinsiyettir.

Vatansever (2008)' in yaptığı çalışmada, çocuğun cinsiyeti ile ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası çocukların durumluk ve süreklilik kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, Alak (1993)'in ameliyat olmak üzere yatan 7- 14 yaş gurubu 100 çocukta yaptığı araştırmada vaka ve kontrol gurubundaki erkek çocukların sağlıklı çocuklardan daha fazla korktukları görülmüştür (38,82).

Çalışmamızda yukarıda belirtilen çalışmalara paralel olarak; çocukların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası tıbbi işlem korku puan farkları ortalamaları, ÇADİ toplam puan ortalamaları ve FLACC ile VAS ağrı puanı skorlarının yaş ve cinsiyet değişkenleri ile aralarındaki fark anlamlı bulunmadı ($p > 0.05$). Fakat ÇADİ alt boyutu puan ortalamalarının cinsiyete göre dağılımlarına bakıldığında; kız çocuklarının 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarının, erkek çocukların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından yüksek olduğu, ayrıca kız çocukların 5. ölçüm VAS puanlarının, erkek çocukların 5. ölçüm VAS puanlarından yüksek olduğu gözlemlendi (Tablo 16-17-18).

Bazı çalışmalarda kız çocuklarının kaygı, korku ve ağrı puanlarının erkek çocuklara göre daha fazla olduğu görülmüştür (37,108). Bu durumun daha çok kız çocuklarının duygularını erkek çocuklara göre daha fazla dışa vurabilmeleri ve erkek çocukların ise toplumsal yapıya bağlı olarak duygularını göstermediklerinden kaynaklanabilir.

Çalışmaya katılan çocukların baba eğitim düzeylerine göre ağrı ve anksiyete puanları incelendiğinde; baba eğitim düzeylerine göre çocukların 2. ölçüm, 3. ölçüm 4. ölçüm ve 5. ölçüm Bilişsel AD, Fiziksel AD ve Toplam AD puanları ortalamaları ile baba eğitim düzeyi değişkeni açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p < 0.05$). Baba eğitim düzeyi ilköğretim olanların Bilişsel AD, Fiziksel AD ve Toplam AD puanları ,baba eğitim düzeyi lise ve üniversite olanların Bilişsel AD, Fiziksel AD ve Toplam AD puanlarından yüksek bulundu (Tablo 22).

Ailenin davranışları çocuğun stresi ve baş etme becerisi ile doğrudan ilişkilidir. Çocuğa uygulanacak psikolojik ve duygusal hazırlık programlarının hastaneye yatışta ve cerrahi girişimde oluşabilecek davranış değişikliği ve anksiyete düzeyini düşürdüğü kanıtlanmıştır (48,104). Bu nedenle çocukların korku ve endişelerini azaltmak için daha önceden hastalıkları konusunda bilgilendirilmeleri ve hastane ortamını tanımaları sağlanabilir. Bu durumda anne-babaların eğitim durumu ön plana çıkmaktadır. Anne ve babaların, çocuklarının ameliyatı daha kolay kabullenmesi ve hastaneye yatış için hazırlanmasını sağlayabilecek en etkili kişiler olduğu düşünülmektedir.

Şener (2015)' in çalışmasında, ilkokul mezunu annelerin tekrarlı cerrahi işlem geçiren çocukları en düşük düzeyde anksiyete tarifledikleri dikkat çekmektedir. Benzer şekilde Kain (2006)'in çalışması da eğitim seviyesi ile artan bir anksiyete düzeyi tariflemektedir (111,112).

Çalışmamız sonucunda ulaştığımız işlem öncesi, sırası ve sonrasında çocuğun yaşadığı anksiyete düzeyinde baba eğitim düzeyinin etkili olması literatürle benzerdir. Ancak bizim çalışmamızda babalarda eğitim seviyesi arttıkça, çocukların daha düşük düzeyde anksiyete puan ortalamalarına sahip oldukları dikkat çekmektedir.

5.5.2. Hastane deneyimi ve ameliyat deneyimi ile ölçek puanlarının tartışılması

Çocuk için hastalık durumunun ve buna bağlı olarak hastaneye yatmanın onu korkutan, rahatsız eden ve hoş olmayan yaşantıları içerdiği düşünülmektedir. Her yaştaki çocuk için hastalıkların bir travma olduğu bilinmektedir ve hastaneye yatmanın çocuğun gelişimi üzerinde çeşitli olumsuz etkileri bulunmaktadır (2,6,9,30,31). Yapılan bir araştırmada her beş çocuktan dördünün 5 yaşına gelmeden bir hastane deneyimi yaşadığı belirtilmektedir (52).

Ngim ve Yap (1988)' in yapmış oldukları çalışmada küçük çocuklar, özellikle 6 ay ve 4 yaş arasında olanların, daha büyük çocuklara göre hastaneye daha olumsuz tepkiler gösterme eğiliminde olduklarını, Timmerman 1983 yılında, ilk defa hastaneye yatıp elektif cerrahi uygulanan 10-12 yaşındaki 16 çocukta yaptığı araştırmada bilinmemelik, ağrı, aileden ayrılma, enjeksiyon, beden imajının bozulması, arkadaşlarıyla ilişkilerinin açılması ve ölüm korkularının oluştuğunu, Stewens 1986 yılında, 12-17 yaşındaki hastaneye yatan 63 çocukta yaptığı araştırmada aynı korkuları tespit etmiştir (35,81,113)

Hastaneye yatma, okul çağı çocukları için kaygı verici bir deneyimdir. Bazı araştırmalarda hastaneye yatan okul çağı çocuklarında; ağrı, hareketsizlik, aileden ayrılma ve kontrol kaybı nedeniyle kaygı durumu oluştuğu belirtilmiştir (35,113).

Hastaneye yatış nedeni açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Ameliyat deneyimi, ameliyat sayısı, ailenin ameliyat deneyimi ve ailenin ameliyat sayısı açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 6).

Çocukların 4. ölçüm ÇADİ toplam puanları ortalamalarının **çocuğun geçirmiş olduğu ameliyat sayısı değişkeni** açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0.05$). Buna göre; ameliyat sayısı 0 olanların 4. ölçüm ÇADİ toplam puanları (35.310 ± 5.497), ameliyat sayısı 2 ve üstü olanların 4. ölçüm ÇADİ toplam puanlarından (30.450 ± 4.009) yüksek bulundu (Tablo 20).

Koç 'un yaptığı çalışmasında ise (2006), çocukların daha önce ameliyat olma oranı % 31.3 bulunmuş ve daha önce ameliyat olan çocukların anksiyete puanları, olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Ama daha önce ameliyat olma durumuna göre anksiyete puanları arasında fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$) (105).

Bireyin önceki ağrı deneyiminde, zamanında ve etkili ağrı kontrolü sağlanmışsa, yeniden yaşanan ağrıya karşı toleransın arttığı bilinmektedir (5,6,7). Bu bulgu, çalışmada bulunan bulguyu destekler niteliktedir. Buna göre; çalışmamızda daha önce hastane ve ameliyat deneyimi olan çocukların ameliyat öncesi ve ameliyat sonrası ağrı ve anksiyetelerinin daha düşük olduğu gözlendi.

Çocukların 1. ölçüm, 2. ölçüm, 3. ölçüm Sosyal AD puanları ortalamalarının **ailenin hastane deneyimi sayısı değişkenine göre** grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Çocukların ameliyat öncesi, 2. ölçüm, 3. ölçüm ve ameliyattan servise döndükten sonra Sosyal AD puanları ortalamalarının ailenin hastane deneyimi sayısı değişkenine göre grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ailenin hastane deneyimi sayısı 1-2 olan çocukların Sosyal AD puanları, ailenin hastane deneyimi sayısı 3 ve üzeri olan çocukların Sosyal AD puanlarından düşük bulundu (Tablo 21).

Bu sonuçlara göre; çalışmamızda ailenin ameliyat deneyimi arttıkça çocuğun sosyal anksiyete duyarlılık puan ortalamalarında düşüş olduğu saptandı.

5.5.3. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılarak Tartışılması

Bazı çalışmalar anlık anksiyete ve korkunun, ağrı üzerinde etkili olduğunu göstermiş olup; anlık anksiyetenin yüksekliği ve hissedilen korkunun, bildirilen ağrı şiddetinin artmasına ve ağrı toleransının düşmesine neden olmaktadır. Preoperatif anksiyete ve korku , artmış postoperatif ağrı ve dolayısıyla bu dönemde artmış analjezik gereksinimi ve uzamış hastanede kalış süresi ile birliktelik gösterir (110).

Çalışmamızda zamana göre tıbbi işlemler korku ölçeği ve ÇADİ ölçek alt boyutlarının yapılan korelasyonlarında; çocukların anksiyete duyarlılık alt boyut puanları arttıkça, tıbbi işlemler korku alt boyut puan ortalamalarında da artış görüldü (Tablo 28-29-30-31-32). Anksiyete ne kadar yoğun yaşanırsa, hissedilen korku da o boyutta artış gösterebilmektedir.

Anksiyete ve korku ağrı algılamasında önemli faktörlerdendir. Kapı kontrol teorisine göre anksiyete ve korku kapıyı açar ve ağrının algılanmasını artırır. Bu nedenle çocukların kaygı düzeylerinin yüksek olmasının daha yüksek ağrı tepkisine sebep olabileceği belirtilmektedir (110,114).

Kain ve arkadaşları (2006), preoperatif anksiyete ile postoperatif ağrı düzeyleri arasında bir ilişki olduğunu anksiyete düzeyi arttıkça ağrının daha fazla hissedildiğini bulmuşlardır (112).

Çocukların her iki grupta da ameliyat sonrası korku, anksiyete ve ağrı puanları (FLACC- VAS) ortalama değerleri karşılaştırılmıştır. Her iki grupta da istatistiksel olarak da ameliyat sonrası korku, anksiyete ve ağrı puanları (VAS) ortalama değerlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Ancak vaka grubunda korku ve anksiyete puanlarının taburcu olmadan önce kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düştüğü belirlendi ($p < 0.05$) (Tablo 24-25-26-27).

Twiss ve arkadaşları (2006) tarafından yapılan çalışmada; kardiyovasküler cerrahi geçirmiş yoğun bakım hastalarında müzik terapinin hastaların anksiyetesine, deneyimlediği ağrı şiddetine ve entübasyona bağlı kalma süresine etkisini değerlendirmek için hastalara kendi seçtikleri müzik dinlettirilmiştir. Araştırmanın sonuçları, operasyon sırasında ve sonrasında olmak üzere ortalama değerler alınarak

değerlendirilmiş ve müzik terapi uygulanan hastaların ağrı şiddetinin azaldığı, anksiyete puanlarının uygulanmayan hastalardan daha düşük olduğu, müzik terapi uygulanmayan grubun entübasyona bağlı kalma süresinin ortalama olarak daha uzun olduğunu göstermektedir(115).

Yapılan bir çalışmada, yüksek anksiyetenin kişinin ağrıya karşı olan hassasiyetini ve ağrı algısını abartma tutumunu arttırdığını göstermiştir. Başka bir çalışmada ise; anksiyete ve ağrı arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve birbirinin şiddetini arttırdığı bildirilmektedir.Yapılan çalışmaların bizim çalışmamızı desteklediği görülmektedir (104,110).



6. SONUÇ

Bu araştırma; müzik terapinin cerrahi işlem uygulanan 6-12 yaş arası çocukların anksiyete, korku (tıbbi işlem korkusu) ile ameliyat sonrası ağrı düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmış ve aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırma grubunu oluşturan çocuklardan vaka grubunun yaş ortalaması $7,90 \pm 1,9$ iken, kontrol grubunun yaş ortalamasının $7,17 \pm 1,4$ olduğu ve vaka grubundaki çocukların %23,3 (n=7)'ü ile kontrol grubunun %13,3 (n=4)'ünü kız çocukların; vaka grubundaki çocukların %76,7 (n=23)'sı ile kontrol grubunun %86,7(n=26)'sini erkek çocukların oluşturduğu görüldü. Her iki grupta erkek çocukların daha yoğunlukta olduğu belirlendi.
- Anne yaşı açısından her iki grubun arasında anlamlı fark bulunmazken; baba yaşı açısından her iki grup arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Vaka grubunda babaların %40.0 (n=12)'inin 30-34 yaş, %23.3 (n=7)'ünün 35-39 yaş, %36.7 (n=11)'sinin 40 yaş ve üzeri; kontrol grubunda babaların %6.7 (n=2)'sinin 30-34 yaş, %56.7 (n=17)'sinin 35-39 yaş, %36.7 (n=11)'sinin 40 yaş ve üzeri olduğu görüldü.
- Araştırma grubunu oluşturan çocuklar; aile tip, sosyal güvence, gelir durumları, anne-baba eğitim düzeyi ve anne-baba meslekleri, çocuk ve ailelerin ameliyat deneyimleri ve sayıları açısından karşılaştırıldığında her iki grup anlamlı bir farkın olmadığı ($p>0.05$), yani grupların benzer olduğu saptandı.
- Araştırma grubundaki çocukların anksiyete puanlarına baba eğitim düzeyinin etkisi incelendiğinde; baba eğitim düzeyleri üniversite mezunu olanların daha yüksek düzeyde anksiyete puan ortalamalarına sahip oldukları saptandı.
- Ailenin ameliyat deneyimi arttıkça çocuğun tıbbi işlem korku puan ortalamaları ile sosyal anksiyete duyarlılık puan ortalamalarında düşüş olduğu saptandı.
- Vaka grubundaki hastane deneyimi olan çocukların sayısının, kontrol grubundaki hastane deneyimi olan çocukların sayısından fazla olduğu saptandı.
- Araştırma grubunu oluşturan çocukların, tıbbi işlem korku ölçeği ve alt boyutları puan ortalamalarının gruplara göre dağılımlarında; zaman geçtikçe kontrol grubunun korku puanlarında artma gözlenirken, vaka grubunun korku puanlarında azalma olduğu görüldü. Müzik terapinin tıbbi işlemler korku

ölçeği korku puanlarını istatistiksel olarak azaltabileceği tespit edildi. Toplam tıbbi işlem korku puan ortalaması bakımından her iki grubunda 'biraz korkan' grupta yer aldıkları belirlendi. Tıbbi işlem korku ölçeğinin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olup, literatürle paralel olduğu gözlemlendi.

- Vaka grubunun toplam ÇADİ puan ortalamalarının, kontrol grubunun toplam ÇADİ puan ortalamalarından daha düşük olduğu görüldü. Bu sonuçlara göre; müzik terapinin çocuklarda işlem öncesi ve sonrasında ÇADİ toplam puanlarında düşüŖe neden olduğu, çocukların anksiyete düzeylerini azaltabileceği düşünöldü ve çalıŖma sonuçları literatürle uyumlu bulundu. ÇADİ' nin güvenilirliğinin yüksek düzeyde olup, literatürle paralel olduğu gözlemlendi.
- Post op dönemde vaka ve kontrol grubunda FLACC ve VAS puan ortalamalarında zaman geçtikçe düşüŖ olduğu gözlemlendi. Ancak FLACC ve VAS puan ortalamaları açısından vaka ve kontrol grubu arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$). ÇalıŖmamızdan elde edilen sonuçların literatürle paralellik gösterdiği ve çocuklarda müzik terapinin post-operatif ağrıyı azaltmada etkili olabileceği gözlemlendi.
- Çocukların tıbbi işlem korku puan farkları ortalamaları, ÇADİ toplam puan ortalamaları ve FLACC ile VAS ağrı puanı skorlarının yaş ve cinsiyet değişkenleri ile aralarındaki fark anlamlı bulunmadı ($p>0.05$). ÇADİ alt boyutu Bilişsel AD ve VAS puan ortalamalarının kız çocuklarında erkeklere oranla daha yüksek olduğu görüldü. Ayrıca 2. ölçüm ÇADİ alt boyutlarından Bilişsel AD puanları; yaşı 7 ve 9 olanların, yaşı 6 olanların Bilişsel AD puanlarından yüksek bulunurken; yaşı 10 ve üstü olanların Bilişsel AD puanları da; yaşı 7 ve 9 olanların 2. ölçüm Bilişsel AD puanlarından düşük bulundu.
- Çocukların her iki grupta da ameliyat sonrası korku, anksiyete ve ağrı puanları (FLACC- VAS) ortalama değerleri karşılaştırıldı. Her iki grupta da istatistiksel olarak da ameliyat sonrası korku, anksiyete ve ağrı puanları (VAS) ortalama değerlerinde anlamlı farklılık bulunmadı. Ancak vaka grubunda korku ve anksiyete puanlarının 5. ölçümde kontrol grubuna göre anlamlı bir şekilde düŖtüđu belirlendi ($p <0.05$).

- Zamana göre tıbbi işlemler korku ölçeği ve ÇADİ ölçek alt boyutlarının yapılan korelasyonlarında; çocukların anksiyete duyarlılık alt boyut puanları arttıkça, tıbbi işlemler korku alt boyut puan ortalamalarında da artış görüldü.

Bu sonuçlar çerçevesinde öneriler;

- Cerrahi işlemler sırasında çocukların anksiyete, korku ve ağrısını ve azaltmak amacıyla müzik terapi yönteminin kullanılabilceği,
- Çocuklarla ilgili birimlerde çalışan sağlık profesyonellerinin anksiyete, korku ve ağrıyı azaltmanın önemi ve kolay uygulanabilen, maliyeti olmayan non-farmakolojik (müzik terapi gibi) yöntemlerin etkinliği ve kullanılması konusunda hizmet içi eğitimler ile bilgilendirilmesi,
- Müzik terapinin etkinliği ile ilgili yapılan çalışmanın genellenebilmesi için; müzik terapi etkinliğinin daha büyük örneklem gruplarında, farklı ağırlı uygulamalarda ve farklı yaş gruplarında yapılacak kanıt temelli çalışmalarla desteklenmesi,
- Ebeveynlerin ve çocukların anksiyete,korku ve ağrı kontrolünde etkili olan non-farmakolojik yöntemler konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Boyacı M. Çocuk Cerrahisinde Günübirlilik Olgulara Yönelik Geliştirilen Hemşirelik Bakım Standartlarının Aile Anksiyetesini Azaltmaya Etkisi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
2. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt 1, Dizgi Baskı, Ankara.
3. Kocaman N. Hastaların Psikososyal Tepkilerini Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 11(1); 101-112, 2008.
4. Smith J, Dearmun A. Improving Care For Children Requiring Surgery and Their Families. Peadiatric Nursing; 18 (9); .30- 33, 2006.
5. Erdoğan A, Karaman MN. Kronik ve Ölümcül Hastalığı Olan Çocuk ve Ergenlerde Ruhsal Sorunların Tanınması ve Yönetilmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 9(4); 244-252, 2008.
6. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. Cilt 1. 3. baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2002.
7. Ünver S, Yıldırım M. Cerrahi Girişim Sürecinde Çocuk Hastaya Yaklaşım. Güncel Pediatri; 11; 128-33, 2013.
8. Conk Z. Çocuklarda Ağrıyı Tanıma ve Yönetme İlkeleri. Uluslararası Katılımlı 23. Pediatri Günleri ve 3. Pediatri Hemşireliği Günleri. 378-388. İstanbul. 2001.
9. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Bizim Büro Basımevi, s. 47-86. Ankara, 2001.
10. Özdemir FK. Bebeklerde Aşı Uygulamasına Bağlı Gelişen Ağrının Giderilmesinde Müzikli Dönencenin Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2008.
11. Özyalçın NS, Dinçer ŞŞ. Ağrının Sırları. Nobel Tıp Kitapevleri. İstanbul, 2005.
12. Özyalçın S, Dinçer S. Çocuklarda Ağrı. Klinik Gelişim. 69 (140); 136-140, 2007.
13. Güzeldemir ME. Ağrı Değerlendirme Yöntemleri. Sendrom. s:11-21, 1995.
14. Sloman R, Rosen G, Rom M, Shir Y. Nurses' Assesment of Pain in Surgical Patients. Journal of Advenced Nursing, 52(2); 125-132, 2005.

15. Tulunay M, Tulunay FC. Ağrının Değerlendirilmesi ve Ağrı Ölçümleri. İçinde: Ağrı. Ed. Erdine S. s.91-110. Nobel Tıp Kitabevi. İstanbul, 2000.
16. Aslan, FE. Ağrıyı Değerlendirme Yöntemleri. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6; 9-16, 2002.
17. Cohen LL, Lemanek K, Blount RL, Dahlquist LM, Lim CS, Palermo TM, McKenna KD, Weiss KE. Evidence-based assessment of pediatric pain. Journal of Pediatric Psychology, 33(9); 939–955, 2008.
18. Çöçelli LP, Bacaksız BD, Ovayolu N. Ağrı Tedavisinde Hemşirenin Rolü. Gaziantep Tıp Dergisi, 14; 53-58, 2008.
19. Quinn, B.L, Sheldon, L.K, Cooley, ME. Pediatric Pain Assessment by Drawn Faces Scales: A Review. Pain Management Nursing, Vol 15, No 4 (December), 909-918, 2014.
20. Gupta D, Agarwal A, Dhiraaj S, Tandon M, Kumar M, Singh RS, Singh PK, Singh U. An evaluation of efficacy of balloon inflation on venous cannulation pain in children: A prospective, randomized, controlled study. Anesth Analg, 102; 1372-1378, 2006.
21. Allred KD, Byers JF & Sole ML. The effect of music on postoperative pain and anxiety. Pain Manag Nurs. 11(1);15-25, 2010.
22. Kennedy RM, Luhmann J, Zempsky WT. Clinical implications of unmanaged needle-insertion pain and distress in children. Pediatrics, 122; 130-133, 2008.
23. Çoban, A. Müzikterapi / Ruh Sağlığı İçin Müzikle Tedavi. Timaş Yayınları. İstanbul, 2005.
24. Gençel Ö. Müzikle tedavi. Kastamonu Eğitim Dergisi, 14; 697-700, 2006.
25. Güvenç RO. Reseptif Müzik Terapi. <http://www.tumata.com/> veri tabanından Temmuz 2016'da alınmıştır.
26. Roykulcharoen V, Good M. Systematic Relaxation to Relieve Postoperative Pain, Journal of Advanced Nursing, 48(2); 140-148, 2004.
27. Tombul K. Çocuk Cerrahisi Hastalarının ve Anne-Babaların Klinik Ortamdan ve Sağlık Bakım Ekibinden Beklentilerinin Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2003.
28. Törüner EK, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık; s.146-171. Ankara, 2006.

29. Beytut B, Karayağız MG, Başbakkal Z, Yılmaz BH. Pediatri Hemşirelerinin Ağrıya İlişkin Geleneksel İnanç ve Uygulamaları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3); 12-18, 2009.
30. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 1. Cilt. Dizgi Baskı. Ankara, 2004.
31. Pişkin, Ş. 4-15 Yaş Grubu Kronik Hastalığı Olan Çocukların Hastalığa ve Hastaneye Yatma Tepkileri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bölümü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 1993.
32. Gültekin G, Baran G. Hastalık ve Çocuk. Aile ve Toplum. 2(9); 61-68, 2005.
33. Yörükoğlu A. Çocuk Ruh Sağlığı. Özgür Yayınları, s. 248. İstanbul, 2008.
34. Batuman A. Günübürlük cerrahilerde çocuklara bilgilendirme videosu gösteriminin preoperatif anksiyete ve taburcu sonrası davranış değişimlerine etkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.B.D. Uzmanlık tezi. Adana, 2011.
35. Coyne, I. Children's Experiences of Hospitalization. Journal of Child Health Care. 10(4); 326-336, 2006.
36. Brannström C, Norberg A, Jansson A. Narratives of Children With Chronic Illness About Being Comforted. Journal of Pediatric Nurse, 23(4); 310-316, 2008.
37. Maraşuna OA, Eroğlu K. Ortaokul Öğrencilerinin Tıbbi İşlem Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Güncel Pediatri Dergisi, 11(3); 13-22, 2013.
38. Vatansever, NY. Çocuk Cerrahisinde Ameliyat Olan 8-12 Yaş Grubu Çocukların Hastane Ortamı ve Operasyondan Etkilenme Durumlarının Belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2008.
39. Gönener D, Görak G. Okul yaş grubu çocukların hastane ve hastalığı ile ilgili bilgilendirme durumlarının endişe kaynakları ile etkileşimi. Gaziantep Tıp Dergisi, 15(1); 41-48, 2009.
40. Kırbaş Z, Özkan H. Ağız ve diş sağlığı merkezine başvuran 9-12 yaş grubu çocukların durumluk kaygı düzeylerinin belirlenmesi. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları. Dergisi, 4(2); 128-134, 2014.
41. Aksoy G, Sayın Y. "Günübürlük cerrahide hastanın hazırlığı". C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8 (2); 39-46, 2004.

42. Beytut D, Bolışık B, Solak U, Seyfioğlu U. Çocuklarda Hastaneye Yatma Etkilerinin Projektif Yöntem Olan Resim Çizme Yoluyla İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3); 35-44,2009.
43. Hart R, Walton M. Magic As A Therapeutic Intervention To Promote Coping in Hospitalized Pediatric Patients. Pediatric Nursing, January-February, 36(1); 11-16, 2010.
44. İnal S, Akgün M. Hastanede Yatan Çocukta Terapötik İletişim. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2); 67-78, 2003.
45. Türe A. Çocuklara Yönelik Günübirlilik Cerrahi Girişimlerde Anneleri Bilgilendirmenin Anksiyete Düzeylerine Etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Afyon, 2006.
46. Altay N. Çocuklarda Ameliyat Öncesi Hazırlık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 15(2); 68-76, 2008.
47. Bayraktar N, Çilingir D. "Günübirlilik cerrahi süreci ve hemşirelik bakımı" Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 13(1); 69-81, 2006.
48. Şener, G. Tekrarlı Cerrahi İşlem Geçiren Çocuklarda Psiko-Sosyal Semptomların Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas. 2015.
49. Förnäs, C, Järvenoja, T, Karjalainen, H. Preoperative counseling of child patients from the age of 6 to 9. Jyväskylä Ammattikorkeakoulu. Bachelor's thesis. Jyväskylä, 2009.
50. Turhan Y. Elektif Cerrahi Operasyon Planlanan Hastalarda Preoperatif ve Postoperatif Anksiyetenin Hasta Memnuniyeti ile İlişkisi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2007.
51. Cihangir AN. Çocuklarda ameliyat öncesi hazırlık. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 15(2); 68-76, 2008.
52. Taylor, E.M, Boyer, K, Campbell, F.A. Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. Pain Res Manage;13(1): 25-32,2008.
53. Emir S, Cin Ş. Çocuklarda Ağrı: Değerlendirme ve Yaklaşım, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 57(3): 153-160, 2004.

54. Şenaylı Y, Özkan F, Şenaylı A, Bıçakçı Ü. Çocuklarda Postoperatif Ağrının FLACC (YBAAT) Ağrı Skalasıyla Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Anest Reanim; 4(1): 1-4, 2006.
55. Przemysław F, Kasolik D, Saulicz E, Rottermund J (2014). The use of one-dimensional pain tool assessment – review of the literature. Medical Rehabilitation. 18(2); 23-30, 2014.
56. Mutlu, B. Çocuklarda Venöz Kan Örneği Alırken Oluşan Ağrıyı Azaltmada, Balon Şişirme ve Öksürme Yöntemlerinin Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi. İstanbul, 2012.
57. Aslan, FE. Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. İçinde: Ağrı. Ed: S. Erdine. s. 787-797, Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2007.
58. Piotrovski and at all. Massage as Adjuvant Therapy in Management of Acute Postoperative Pain: A Preliminary Study in Men, J Am Coll Sug, 197; 1037-1046, 2003.
59. Gürler H. Hastaların Ameliyat Sonrası Yaşadıkları Ağrıya Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları İle İlgili Görüşleri ve Memnuniyet Durumları. Cumhuriyet Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. Sivas, 2007.
60. Koopman HM, Baars R M, Chaplin J, Zwinderman KH. Illness Through the Eyes of the Child: The Development of Children's Understanding of the Causes of Illness. Patient Education and Counseling. 55(3), pp: 363-370, 2004.
61. Aslan, FE. Akut Ağrı Kontrolünde Hemşirenin Rolü. İçinde: Akut Ağrı. Ed. Özyalçın NS: s.303-320. Güneş Kitabevi, İstanbul, 2005.
62. Richards J, Hubbert AO. Experiences of expert nurses in caring for patients with postoperative pain. Pain Manag Nurs; 8(1):pp:17-24,2007.
63. Düzel V. Hemşire ve Hastaların Post-operatif Ağrı Değerlendirmesinin Karşılaştırılması. Ç.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Adana. 2008.
64. Idvall E, Ehrenberg A. Nursing documentation of postoperative pain management. J Clin Nurs;11(6):734-42, 2002.
65. Değirmen, N. Sezaryen Ameliyatı Sonrası Ağrı Kontrolünde El Ve Ayak Masajının Etkinliği. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Eskişehir, 2006.

66. Güngör Ş. Cerrahi Girişim Yapılacak Vakalarda; Preoperatif Dönemde Müzik Terapi ve Dokunma Terapisi İçeren Hemşirelik Uygulamalarının Hasta Üzerine Etkilerinin Araştırılması. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 1999.
67. Mackey WL. Pain Management and Sedation in children. Wise BV, McKenna C, Garvin G, Harmon BJ. Eds. Nursing Care of the General Pediatric Surgical Patient. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc: 56-6488, 2000.
68. Hockenberry-Eaton M, Barrera P, Brown M, Bottomley SJ, O'Neill JB. Pain Management in Children with Cancer. Austm, Texas: Texas Cancer Council Copyright: 50-5493.1999.
69. Birkan IZ. Müzikle Tedavi, Tarihi Gelişimi ve Uygulamaları. Ankara Akupunktur ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi, 2(1); 37-49, 2014.
70. Kılıç S, Karadağ G, Oyucu S, Kale Ö, Zengin S, Özdemir E, Korhan EA. Effect of music on pain, anxiety, and patient satisfaction in patients who present to the emergency department in Turkey. Japan Journal of Nursing Science; 12; 44-53, 2015.
71. Yener, Y. Müziğin Çocuklar ve Yaşlılar Üzerindeki Etkileri. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 29; 119-124, 2011.
72. Bradt J, Dileo C. Music For Stres and Anxiety Reduction in Coronary Heart Disease Patients, Cochrane Database Syst Rev. Apr 15;(2): 65-77, 2009.
73. Özdemir L. Hafif Alzheimer Hastalarına Uygulanan Çoklu Duyusal Uyarın Yönteminin Kognitif Durum, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara, 2007.
74. Uçan, Ö. Üst Gastrointestinal Endoskopi İşleminde Dinletilen Müziğin Hastanın Nabzına, Kan Basıncına, Oksijen Satürasyonuna, Memnuniyetine ve İşlemin Başarısına Etkisi. Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep, 2005.
75. Varol Ş. Sedatif Müziğin Pre-operatif Kaygı Düzeyine, İntra-operatif Kan Basıncı ve Nabız Parametrelerine Etkisinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 1998.
76. Arslan S, Özer N, Özyurt F. Effect of music on preoperative anxiety in men undergoing urogenital surgery. Australian Journal Of Advanced Nursing.; 26(2): 1-54, 2007.

77. Weeks BP, Nilsson U. Music interventions in patients during coronary angiographic procedures: a randomized controlled study of the effect on patients' anxiety and well-being. *Eur J Cardiovasc Nurs.*;10(2): 88-93, 2011.
78. Klassen JA, Liang Y, Tjosvold L, Klassen TP, Hartling L. Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: a systematic review of randomized controlled trials. *Ambul Pediatr.* 8(2): 117-28, 2008.
79. Sausser, S, Waller, R.J. *A Models for Music Therapy with Students with Emotional and Behavioral Disorders, The Arts in Psychotherapy*, 2005.
80. Lee D, Henderson A, Shum D. The effect of music on preprocedure anxiety in Hong Kong Chinese day patients. *J Clin Nurs.*;13(3): 297-303, 2004.
81. Timmerman R. Preoperative fears of older children. *AORN Journal*, November, Vol 38, No:5,1983.
82. Alak V. Hastaneye Ameliyat Olmak Üzere Gelen 7-14 Yaş Grubu Çocukların Korkuları ve Hemşirelik Uygulamaları. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi. İzmir. 1993.
83. Shields BJ, Palermo TM, Powers JD, Grewes SD, Smith G.A. Predictors of a child's ability to use a visual analogue scale. *Child: Care, Health & Development*, 29(4); 281-290, 2003.
84. Drendel AL, Kelly BT, Ali S. Pain assessment for children overcoming challenges and optimizing care. *Pediatr Emer Care*, 27; 773-781, 2011.
85. Von Baeyer C.L. Children's self-reports of pain intensity: Scale selection, limitations and interpretation. *Pain Res Manage*, 11(3); 157-162, 2006.
86. Hartling L, Newton AS, Liang Y, Jou H, Hewson K, Klassen TP. Music to reduce pain and distress in the pediatric emergency department: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatr*;167(9); 826-835, 2013.
87. Silverman WK, Fleisig W, Rabian B, Peterson RA. Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*; 20; 162-168,1991.
88. Yılmaz S, Kılıç EZ. Çocuklar İçin Anksiyete Duyarlılığı İndeksi' nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26(3):197-203, 2015.
89. Silverman WK, Ginsburg GS, Goedhart AW. Factor structure of the childhood anxiety sensitivity index. *Behaviour Research and Therapy*; 37(9): 903- 917, 1993.

90. Van Widenfelt BM, Siebelink BM, Goedhart AW & Treffers PDA. The Dutch Childhood Anxiety Sensitivity Index: psychometric properties and factor structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31; 90–100, 2002.
91. Çubukçu EÇ, Ercan İ. Tıp Fakültesi Bünyesindeki Ağız ve Diş Sağlığı Birimine Başvuran Çocuklarda Sosyo-demografik Faktörlerin Dental Anksiyete Üzerine Etkisi, *Güncel Pediatri Dergisi*, 9(6): 53- 57, 2008.
92. Ataman ZK. Okul Çağı Çocuklarına Verilen Bilginin Çocukların Tıbbi İşlem Korkularına Etkisini İncelenmesi. D.E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2006.
93. Burns SJI and et all. “A Pilot Study into The Therapeutic Effects of Music Therapy at a Cancer Help Center”, *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 7(1), 48-56, 2001.
94. Sinha M, Christopher NC, Fenn R, Reeves L. Evaluation of nonpharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. *Pediatrics*, 117(4); 1162 -1168, 2006.
95. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ, Kisely S. A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated Cochrane Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8); 842–854, 2008.
96. White JM. Music as intervention. *Nursing Clinics of North America* 2001; 36 (1): 83-92.
97. Arslan S. Dokunma, Müzik Terapi ve Aromaterapinin Yoğun Bakım Hastalarının Fizyolojik Durumlarına Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2007.
98. Nilsson S, Kokinsky E, Nilsson U, Sidenvall B, Enskär K. School-aged children's experiences of postoperative music medicine on pain, distress, and anxiety. *Paediatr Anaesth*.19(12); 1184-1190, 2009.
99. Van der Heijden MJE, Oliai Araghi S, Van Dijk M, Jeekel J, Hunink MGM. The Effects of Perioperative Music Interventions in Pediatric Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Plos One* 10(8), 2015.

100. Pourmovahed Z, Salimie T, Dehghani K, Yassinie M, Shakiba M, Tavangar H. Comparative Study of the Effect of Music Distraction and Emla Cream on Pain of the Children During Intravenous Cannulation. *Bimonthly Iran Journal of Nursing*, 21(55); 47–53, 2008.
101. Caprilli S, Anastasi F, Grotto L, et all. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr*. 28; 399-403, 2007.
102. Calcaterra V, Ostuni S, Bonomelli İ, Mencherini S, Brunero M, Zambaiti E, Mannarino S, Larizza D, Albertini R, Tinelli C, Pelizzo G. Music Benefits on Postoperative Distress and Pain in Pediatric Day Care Surgery. *Pediatr Rep*; 6(3); 5534, 2014.
103. Wallace DP, Allen KD, Lacroix AE, Pitner SL. The “Cough Trick:” A Brief Strategy to Manage Pediatric Pain From Immunization Injections. *Pediatrics*; 125 (2), 2010.
104. Dolgun E, Yavuz M. Günübirlık Cerrahide Çocuk Hastaların ve Ailelerinin Ameliyat Öncesi Hazırlanması. *Çocuk Cerrahisi Hemşireliği Derneği Bülteni*, 2(3): 4-8, 2006.
105. La Montagne LL, Hepworth JT, Cohen F. Effects of surgery type and attention focus on children’s coping. *Nurs Res*; 49; 245- 252, 2000.
106. Messeri A, Caprilli S, Busoni P. Anaesthesia induction in children: a psychological evaluation of the efficiency of parents’ presence. *Pediatric Anesthesia*;14; 551-556, 2004.
107. Patel, A, Schieble, T, Davidson, M, Tran, M.J, Schonberg, C, Delphin, E, Bennett, H. Distraction With a Hand-held Video Game Reduces Pediatric Preoperative Anxiety, *Pediatric Anesthesia*, 16; 1019–1027, 2006.
108. Koç S. Terapötik Mizahta Kullanılan Hastane Palyaçolarının Ameliyat Öncesi Dönemdeki Çocukların Anksiyete Düzeylerine Etkisinin İncelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul, 2006.*
109. Sikorova L, Hrazdilova P. The effect of psychological intervention on perceived pain in children undergoing venipuncture. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub. Jun*:155(2); 149-154, 2011.
110. Ercan, S. Ameliyat Olan Çocuk ve Ergenlerde Psikolojik Hazırlığın Operasyon Öncesi ve Sonrası Anksiyete İle Başa Çıkma Üzerindeki Etkisi. *Orta Doğu*

Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2003.

111. Mcmurthy CM. Pediatric Needle Procedures: Parent–Child Interactions, Child Fear and Evidence-Based Treatment. *Canadian Psychology*, 54(1); 75–79, 2012.
112. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain, BC. Preoperative anxiety, postoperative pain, and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics*, 118 (2); 651-658, 2006.
113. Nigm J , Yap K. The Effect of Hospitalization and Surgery on Children: A Critical review. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 9; 349-358, 1988.
114. Taşdemir A, Erakgün A, Deniz MN, Çertuğ A. Preoperatif Bilgilendirme Yapılan Hastalarda Ameliyat Öncesi ve Sonrası Anksiyete Düzeylerinin State-Trait Anxiety Inventory Test ile Karşılaştırılması. *Turk J Anaesth Reanim*. 41: 44- 49, 2013.
115. Twiss E, Seaver J, McCaffrey R. The effect of music listening on older adults undergoing cardiovascular surgery. *Nurs Crit Care*;11(5):224-231,2006.

EKLER:

EK-1. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Çalışmamız, “ *Müzik terapinin cerrahi uygulanan çocuklarda anksiyete, korku ve ağrı yönetimine etkisinin incelenmesi*” başlıklı bir bilimsel araştırma olup yüksek lisans öğrencisi Özgür BAHADIR tarafından yürütülecektir.

Bu çalışma; müzik terapinin cerrahi uygulanan 6-12 yaş grubu çocuklarda anksiyete, korku ve ağrı yönetimine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma anket, ölçek uygulama yoluyla devam edecektir. Araştırma sırasında sizle ilgili herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size derhal bildirilecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz. Araştırmacı tarafından araştırmaya alınmayabilir ya da araştırma devam ederken araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılabilirsiniz. Çocuğu araştırma dışı bırakmamızın nedenleri; kronik hastalığının olması, psikiyatri tarafından konulmuş bir tanısının olması, bilincinin açık olmaması ve/veya sözel iletişim kuramıyor olması, zeka geriliği olması veya çalışmaya uyum sağlayamaması olabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Benim/çocuğumun çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, söz konusu araştırmaya ilişkin yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın kabul ediyorum.

Çocuğun ebeveyninin;

Çocuğun;

Adı-Soyadı:

Adı-Soyadı:

Yakınlık derecesi:

Tarih ve İmza:

Adresi:

Tarih ve İmza:

Araştırmacının;

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tarih ve İmza:

EK-2:**KATILIMCI BİLGİ FORMU**

Tarih:/.../.....

Kontrol grubu ()

Vaka grubu ()

Çocuğun:

1. Doğum Tarihi:/...../.....

2. Cinsiyeti: Kız () Erkek ()

3. Tanısı:

4. Yapılacak operasyon:

5. Çocuğunuzun daha önce ameliyat deneyimi: Evet () Hayır ()

6. Yanıt evet ise kaç kez:.....

7. Çocuğunuzun daha önce hastane deneyimi: Evet () Hayır ()

8. Evet ise nedeni:.....

Annenin:

9. Doğum Tarihi:/...../.....

10. Eğitim düzeyi: Okuryazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ()

11. Mesleği: Ev Hanımı () Memur () İşçi () Diğer ()

Babanın:

12. Doğum Tarihi:/...../.....

13. Eğitim düzeyi: Okuryazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ()

14. Mesleği: Çalışmıyor () Memur () İşçi () Diğer ()

Ailenin:

15. Yaşadığı Yer: İl () İlçe () Köy ()

16. Aile tipi: Çekirdek () Geniş aile () Parçalanmış aile ()

17. Sosyal güvence: Var () Yok ()

18. Gelir durumu:

Gelir giderden az() Gelir – gidere denk () Gelir giderden fazla ()

19. Aile üyelerinin daha önce hastane deneyimi: Evet () Hayır()

20. Cevabınız evet ise sayısı:.....

21. Aile üyelerinin daha önce ameliyat deneyimi: Evet () Hayır ()

22. Cevabınız evet ise sayısı:.....

EK- 3:**ÇADI**

Adınız – Soyadınız:

Yaşınız:

Aşağıda çocuk ve ergenlerin kendilerini anlatmakta kullandıkları cümleler var. Her cümleyi dikkatle okuyun ve cümlenin karşısındaki kutulardan size uygun olanı (X) işareti ile belirtin. Eğer yanlış bir cevap verdiğinizizi düşünürseniz ilkinizi karalayarak doğru cevabı tekrar işaretleyin. Hiçbir soruyu atlamayın. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur. Unutmayın, size uygun cevabı işaretleyin.

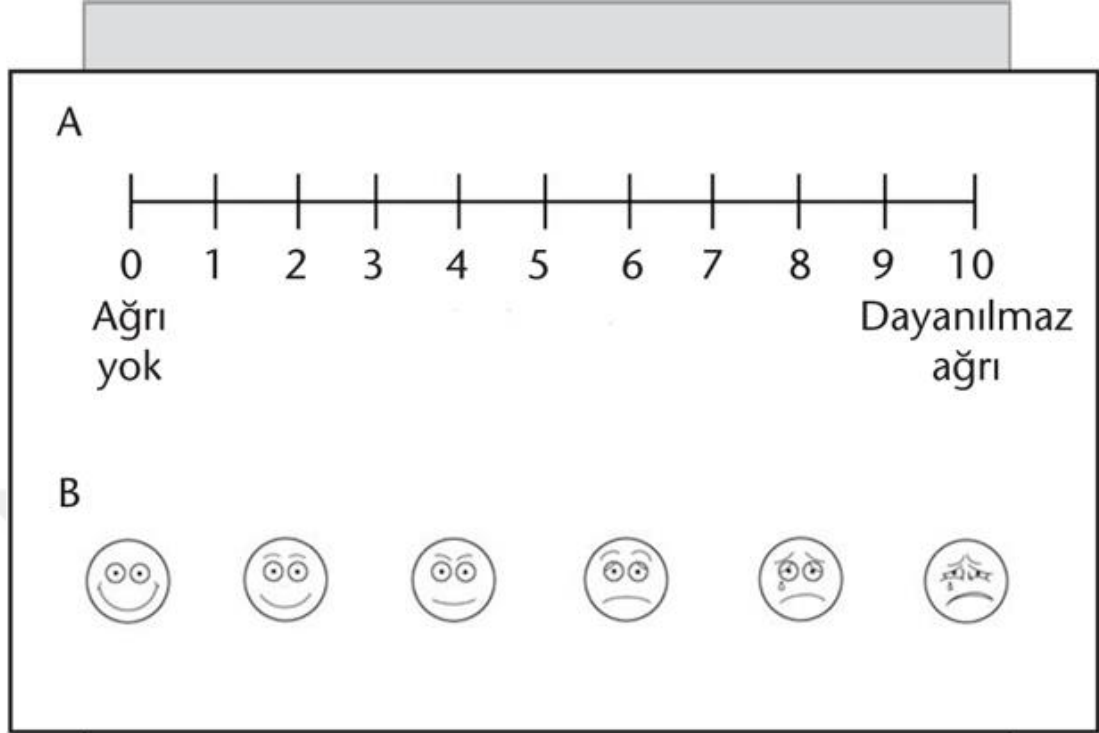
1	Korktuğumu başkaları fark etsin istemem.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
2	Dikkatimi ödevlerimi yapmaya toplayamadığımda aklımı kaçırıyor olabilirim diye düşünerek endişelenirim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
3	Titrediğimi hissettiğim zaman korkarım.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
4	Bayılacak gibi hissettiğim zaman bu durum beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
5	Duygularımı kontrol altında tutmaya dikkat ederim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
6	Kalbimin hızlı çarpması beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
7	Karnımın guruldaması beni utandırır.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
8	Kusacakmış gibi hissettiğim zaman korkuya kapılırim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
9	Kalbimin hızlı çarptığını fark ettiğimde bir hastalığım var zanneder ve kaygılanırım.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
10	Nefes almakta zorluk çektiğimde bu durum beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
11	Karnım ağrıdığımda gerçekten hasta olabilirim diye endişelenirim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
12	Dikkatimi ödevlerime toplayamadığım zaman bu durum beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
13	Başka çocuklar titrediğimi fark ederler.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
14	Vücudumda alışık olmadığım bir şeyler hissetmek beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
15	Korktuğum zaman aklımı kaybettiğimi düşünüp endişelenirim.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
16	Kendimi huzursuz hissetmem beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
17	Duygularımı belli etmekten hoşlanmam.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun
18	Vücudumdaki tuhaf hisler beni korkutur.	Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana çok uygun

EK -4 :**TIBBİ İŞLEMLER KORKU ÖLÇEĞİ**

		Hiç korkmam	Biraz korkarım	Çok korkarım
1	İğne yapılmasından korkarım			
2	Parmağımdan kan akmasından korkarım			
3	Doktor veya hemşirenin kulağıma bakmasından korkarım			
4	Doktor veya hemşirenin kalbimi dinlemesinden korkarım			
5	Doktor veya hemşirenin boğazıma sokmasından korkarım			
6	Dereceyle ateşime bakılmasından korkarım			
7	İlaç içmekten korkarım			
8	Doktor' un ağzıma abesland koymasından korkarım			
9	Hastaneye gidersem ameliyat olmak zorunda kalabileceğimden korkarım			
10	Doktor muayenesine gitmekten korkarım			
11	Hastaneye gitmekten korkarım			
12	Muayene masasına yatmaktan korkarım			
13	Hastaneye gidersem uzun süre kalmak zorunda kalabileceğimden korkarım			
14	Hastaneye gidersem ölebileceğimden korkarım			
15	Hastaneye gidersem bol miktarda kan görmekten korkarım			
16	Hastaneye gidersem ailemden uzak kalmaktan korkarım			
17	İncinmekten (yaralanmaktan) korkarım			
18	Parmağımdan kan alındığını görünce korkarım			
19	Kusmaktan korkarım			
20	Canım yanınca ağlamaktan korkarım			
21	Doktorun bana, benim bir sorunum olduğunu söylemesinden korkarım			
22	Doktorun bana ne yapacağını açıklamamasından korkarım			
23	Hasta olunca, okula gidememekten korkarım			
24	Hastalanırsam aileme, arkadaşlarımla oynarken bende olan hastalığın onlara geçmesinden korkarım			
25	Doktorun bana ne yapacağını açıklamasından korkarım			
26	Hemşirelerin bana, benim bir sorunum olduğunu söylemesinden korkarım			
27	Hemşirelerin bana ne yapacağını söylemesinden korkarım			
28	Hemşirelerin bana ne yapacağını söylememesinden korkarım			
29	Hastalanırsam ev ödevimi yapamamaktan korkarım			

EK -5:

VAS AĞRI ÖLÇEĞİ



**Şekil 3. Görsel ağrı skalası (VAS) (6,7).
A. Yetişkinler için ağrı skalası,
B. Çocuklar için ağrı skalası.**

EK -6:**FLACC AĞRI ÖLÇEĞİ**

FLACC AĞRI ÖLÇEĞİ	AYILMA	POSTOP	TABURCU
Yüz 0- Belirgin bir ifade yok, gülümseme yok 1- İlgisiz, ara sıra yüz buruşturan, ara sıra kaş çatan, içine kapanık 2- Seyrekten sık miktara değişen çene titremesi, dişlerini vurma			
Bacaklar 0- Normal pozisyon veya rahat durma 1- Gergin, huzursuz, rahatsız 2- Hareketli, kendine çeker tarzda			
Aktivite 0- Normal pozisyon, sessiz yatış, kolay hareket eder 1- Gergin, kıvranan, sağa sola sallanan 2- Sert veya burkulan tarzda, kemer şeklinde			
Ağlama 0- Ağlama yok (uyanık veya uyur) 1- Ara sıra şikayetçi tarzda, inilti veya sızlanma tarzında 2- Sürekli ağlama, çığlık atma veya hıçkırma, sık şikayet eder tarzda			
Teselli edilirlilik 0- Hoşnut, rahat 1- Ara sıra dokunmakla, konuşmakla, kucaklama ile ikna olur, dikkati dağıtılabılır 2- İkna ve tesellisi zor			
TOPLAM			

EK-7

ETİK KURUL İZİN YAZISI



**T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 18/11/2015
TOPLANTI NO : 2015/11

KARARLAR :

- 4- B.E.Ü. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2015-87-21/10 Protokol no'lu "Müzik Terapinin Cerrahi Uygulanan Çocuklarda Anksiyete, Korku ve Ağrı Yönetimine Etkisi" konulu çalışmasının Etik Kurul İlkelerine uygun olduğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

A S L I G İ B İ D İ R

Doç. Dr. Günnur ÖZBAKIŞ DENGİZ
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK-8.

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI NO
04.12.2015	2015/30

MADDE 09

Özgür BAHADIR

Tez Konusu

Enstitümüz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 01.12.2015 tarih ve 2015/50 sayılı yazısı ve eki Yüksek Lisans Tez Başvuru Bildirim Formu (Form:F10) okundu.

Adı geçen Anabilim Dalının teklifi doğrultusunda Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği yüksek lisans programı öğrencisi **Özgür BAHADIR** 'ın tez konusunun "**Müzik Terapinin Cerrahi Uygulanan Çocuklarda Anksiyete, Korku ve Ağrı Yönetimine Etkisi**" olmasına oy birliği ile karar verildi.



BEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 67600 Zonguldak, Tel: (0 372) 261 02 31, Fax: (0 372) 261 02 10

EK.9

RESMİ KURUM İZİN YAZISI

Evrak Tarih ve Sayısı: 09/11/2015-17555



T.C.
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 16734702/045.99/
Konu : Dilekçe (Tez Çalışması Hk.)

Sayın Özgür BAHADIR
Hemşire

İlgi: 22/10/2015 tarihli, Bila sayılı ve "Dilekçe (Tez Çalışması Hk.)" konulu yazı

"Tez Çalışması" konulu ilgi dilekçeniz incelenmiş olup; bahsi geçen Anabilim Dallarından görüş istenilmiştir. Alınan cevabi yazılarda, çalışma protokolü ve klinik araştırma etik kurul onayının ibraz edilmesi gerektiği belirtilmektedir. İstenilen belgelerin ibraz edilmesi durumunda talebiniz Başhekimliğimizce uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof.Dr.K.Varım NUMANOĞLU
Başhekim

09/11/2015	: Y.KILIÇ
09/11/2015 Şef	: B.BAĞBAŞI
09/11/2015 Hast.Müd.Yrd.	: M.KARIŞMA
09/11/2015 Hast.Müd. V.	: Ş.KAYALI
09/11/2015 Başmüd.	: Ş.BAŞARSLAN

Evrak Doğrulamak İçin : https://ebys.beun.edu.tr/enVision/Doğrula/NNT3*A

BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü (Yazı İşleri ve Ayrıntılı bilgi için irtibat: Y.Kılıç
Evrak Şefliği) Kozlu/Zonguldak
Tel: (0372) 261 20 01 Faks: (0372) 261 27 63
E-Posta: : ozelkalem@beun.edu.tr Elektronik ağı:http://hastane.beun.edu.tr/v.2/



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Özgür BAHADIR 27.12.1983 yılında Zonguldak'ta doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini Zonguldak'ta tamamladı. 2005 yılında İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu'ndan mezun oldu ve aynı yıl Florance Nightingale Hastanesi Şişli-Çağlayan 'da meslek hayatına başladı. Sonrasında halen görevine devam ettiği B.E.Ü. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Ortopedi Kliniği'nde hemşirelik yapmaktadır (2008- halen) ve Bülent Ecevit Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda tezli yüksek lisans öğrenimini sürdürmektedir. Evli ve 2 çocuk annesidir.

